



**DELHI UNIVERSITY**  
**LIBRARY**

## DELHI UNIVERSITY LIBRARY

Cl. No. L<sup>1</sup> 4: 7 168M37.2

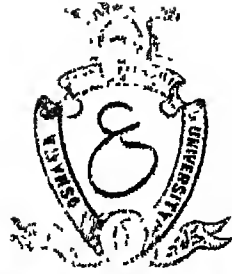
Ac. No. 27.7.

Date of release for 1968  
8 JAN 1968

This book should be returned on or before the date last stamped below. An overdue charge of 5 Paise will be collected for each day the book is kept overtime.

[illegible]





# سلسلہ شجرہ عالمگیری

سجیل ایلاڈ انامی

## جراحی طلاق تشریح

جلد دوم

آٹھواں ایڈیشن

مصنفہ

سرفریڈرک ٹریوزیرونٹ

بنظر ثانی

سی سی چو اس سی ایم جی سی بی ای بی ای سی این زیڈ ایم ڈی (ایڈنگرگ) ایف آر سی ایس (انگلینڈ)

مترجمہ

ڈاکٹر غلام ونگیر صاحب ایم بی بی ایس، فٹشی فاضل، کمرن سرت تالیف و ترجمہ جامعہ انیسویں

۱۳۵۶ھ ۱۳۵۷ھ ۱۳۵۸ھ ۱۳۵۹ھ

# دارالطبع اسلامیہ کراچی



یہ کتاب سرزکیسل اینڈ کمپنی لندن کی اجازت سے  
جن کو حق اشاعت حاصل ہے اردو میں  
ترجمہ کر کے طبع و شائع کی گئی ہے۔

# فہرست مضامین

جراحی الطلاق تشریح

جلد دوم

حصہ چہارم - شکم اور حوض

| صفحہ | باب                      |
|------|--------------------------|
| ۳۸۱  | ۱۶ شکم                   |
| ۳۲۱  | ۱۸ باریطون اور غذائی خطہ |
| ۳۶۹  | ۱۹ دوسرے شکمی اجزاء      |
| ۵۰۳  | ۲۰ حوض اور اجزاء حوض     |
| ۵۱۴  | ۲۱ عجان                  |

حصہ پنجم - جراحہ سفلی

|     |                   |
|-----|-------------------|
| ۵۶۴ | ۲۲ کولے کا خطہ    |
| ۶۰۴ | ۲۳ ران            |
| ۶۱۲ | ۲۴ گھٹنے کا خطہ   |
| ۶۴۰ | ۲۵ ٹانگ           |
| ۶۵۱ | ۲۶ ٹخنا اور پائوں |

# حصه ششم - عمود فقری و جبل شوکی

صفحه

|       |           |    |
|-------|-----------|----|
| ..... | عمود فقری | ۲۷ |
| ..... | جبل شوکی  | ۲۸ |

۶۹۳

۷۰۷

اشاریه

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

378

# SURGICAL APPLIED ANATOMY

## جراحی اطلاق تشریح

جلد دوم  
حصہ چہارم - شکم اور روض  
باب ہفتم  
شکم  
جدویر شکم

سطحی تشریح - شکم کا اجماعی، عضلانی، اندرونی اور فرہی کے لحاظ سے بہت مختلف ہوتا ہے۔  
کم عمر بچوں میں اس کے زیادہ الجھڑے ہونے کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ جگر کی جسامت نسبتاً زیادہ ہوتی ہے۔

مزید برآں اسکا انحصار حوض کی جسامت کی چھوٹائی پر بھی ہوتا ہے جس میں نہ صرف کسی (حقیقی) شکمی ساخت کی ہی گنجائش نہیں ہو سکتی بلکہ حوضی اعضا کو بھی مشکل ہی سے جگہ ملتی ہے۔ چنانچہ شیرخوارگی میں مثانہ اور معائے مستقیم تقریباً شکمی احتضار ہی ہوتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ کم عمر بچوں میں ہتھول کے لئے قوت مدافعت زیادہ ہوتی ہے۔ لمبیل المدت تہمد مثلاً حمل اور استسقاء وغیرہ کے بعد شکم بالعموم بہت نمایاں اور معلق رہتا ہے۔

ناف سے اوپر خط ابیض (linea alba) کا محل ایک خفیف سے وسطی میزاب سے ظاہر ہوتا ہے لیکن ناف سے نیچے اس قسم کا کوئی نشان نہیں پایا جاتا۔ خط ابیض (linea semilunaris) جو عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) کے جانبی یا بیرونی کنارہ کا تناظر ہوتا ہے ایک ذرا سے منحنی خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو نوں ضلعی غصروف کی ٹوک سے لیکر مانی شوکہ (درن) تک کھینچا جائے۔ ناف کے اوپر یہ خط سطح پر ایک اٹھلے نشیب کی شکل میں پایا جاتا ہے۔

379

**عضلہ مستقیمہ (rectus)** کا خاکہ جب یہ اپنا فصل سرانجام دے رہا ہو بخوبی دیکھا جاسکتا ہے۔ اس پر تین خطوط مستعرض (lineae transversae) ہوتے ہیں۔ ایک بالعموم زائدہ خنجر یہ کے بالمقابل ہوتا ہے اور ایک ناف کے مقابل اور غیر دونوں کے درمیان ہوتا ہے۔ ان خطوط میں سے اوپر کے دونوں بخوبی نمایاں موضوعات میں واضح ہوتے ہیں۔

**ناف** کا محل افراد کی فزہی اور شکم کے ارتقا کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ یہ زائدہ خنجر یہ (xiphoid process) اور عانہ (pubes) کے درمیان خط کے نقطہ تنصیف سے ہمیشہ تقریباً ۲ سنٹی میٹر (۲ انچ) اوپر ہوتا ہے۔ بالعموم میں سر سے پاؤں تک سطحی پیمائش کرنے سے یہ مرکز جسم سے کب قدر اوپر پایا جاتا ہے۔ مگر پیدائش کے وقت جنین میں یہ اس نقطہ سے نیچے ہوتا ہے۔ بخوبی نمایاں اشخاص میں جبکہ شکم لٹکا ہوا نہ ہو ناف سامنے کی طرف سے تیسرے اور چوتھے قطنی فقرات کے درمیان کے قرص کی اور پیچھے کی طرف سے تیسرے قطنی شوکی زائدہ کی ٹوک کی تناظر ہوتی ہے اگر دونوں طرفی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے درمیان ایک خط کھینچا جائے تو یہ اس تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتی ہے۔

عظم رقفی (ilium) کا "قدم فوقانی شوکہ (anterior superior spine)"

عانی شکوکہ (pubic spine) اور رباط اربی (inguinal ligament) (پوپارٹس کاربا) سب کے سب نمایاں اور اہم امتیازی نشانات ہیں۔ عانی شکوکہ تقریباً اسی افقی خط پر واقع ہوتا ہے جس پر کبھیڑ و نما (great trochanter) کی اوپر کی کور واقع ہوتی ہے۔ دہلے موضوعات میں یہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ فربہ اشخاص میں یہ عانی چربی کے نیچے بالکل غائب ہو جاتا ہے لیکن مردوں میں یہ منغن (scrotum) کو منہدم کرنے سے شناخت کیا جاسکتا ہے اور عورتوں میں اس زائدہ کا محل ران کی تعبیر کرنے سے عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) کے مبداء کے وتر کو نمایاں بنانے سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ یہ عضلہ عانین کے جسم سے اس شکوکہ کے عین نیچے سے شروع ہوتا ہے اور اس عضلہ کے ساتھ ساتھ انگلی لے جانے سے اس عظمی ارتفاع تک رسائی ہو جاتی ہے اگر ایک انگلی عانی شکوکہ پر رکھی جائے اور دوسری دو انگلیاں پوپارٹس کے رباط کے ساتھ رکھی جائیں تو جو فتن ان انگلیوں کی طرف اترے گا وہ اربی (inguinal) اور جو انکے باہر کی طرف ظاہر ہوگا وہ فخذی (femoral) ہوگا۔

380

جسم کی انتصابی حالت میں عظم حرقنی کا مقدم فوقانی شکوکہ عجزی طیف (sacral promontory) کے لیول سے ذرا نیچے ہوتا ہے اور اگر قص اور سیف شکل زائدہ کے مقام اتصال ایک نقطہ لیا جائے (قصی سیفی نقطہ: sterno-ensiform point) تو یہ دسویں ٹھہری فقرہ کے بالائی حصہ کے بالمقابل ہوگا۔ یہ نقطہ فربہ اشخاص میں بھی ایک نشیب سے جو ضلعی عضروفوں کے ساتوں جوڑ کے قصی فتنوں کے نیچے ہوتا ہے باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے اور جیسا کہ ابھی معلوم ہو جائیگا یہ ایک اہم امتیازی نشان ہے۔

ایڈیسن (Addison) کا عبر البواب (transpyloric) یا وسطی برعدی (mid-epigastric) مستوی وہ ستوی ہے جو جسم میں سے بد القص اور ارتفاع عانہ کی چوٹیوں کے مریانی فاصلہ کے مقام تنصیف پر سے متعوضاً کھینچا جائے (یہ مقام بالعموم اس نقطہ کا قنطر ہوتا ہے جو قصی سیفی نقطہ اور ناف کے درمیان ان سے مساوی فاصلہ پر واقع ہو)۔ یہ خط سرری نقطہ نگاہ سے بہت مفید ہے۔ اس پر مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں (۱) نویں پسلیوں کی نوکیں اور اس لئے دائیں طرف پر مرارہ کا قعر۔ (۲) پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے درمیان کا قعر۔ (۳) گردہ کا ناخج جو معمولی قد کے جوان آدمی میں خط وسطی سے ۱۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ (۴) بواب جو

خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے اندر ہوتا ہے۔  
پشت کے اس حصہ میں جو شکم کا تناظر ہوتا ہے ناصبات (erector spinae) بخوبی دکھائی دیئے ہیں۔ انکے بیرونی حاشیے خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں ان کے درمیان شکم کی فجود ہوتا ہے۔ جو اس زاویہ میں جا کر ختم ہو جاتا ہے جو عظیم الوی عضلات سے بنتا ہے۔

حرقنی عرف کے وسط کے عین پیچھے فوق حرقنی (supra-iliac) (پہلی کما:

Petit's) مثلث ہوتا ہے یہ وہ وقفہ ہے جو عضلہ موربہ خارجیہ (external oblique) اور عضلہ عریضہ ظہریہ (latissimus dorsi) کے درمیان ہوتا ہے۔ چوتھا قطنی شکم کہ حرقنی عرف کے بلند ترین حصہ کے لبوں کے قریب ہوتا ہے۔ قطنی کچھ کے (lumbar puncture) یا قطنی شکم کی ایسی جگہ رد پیدا کرنے کے لئے سوئی بالعموم بین عرفی خط (تیسرے اور چوتھے قطنی فقرہ کے درمیان) کے عین اوپر داخل کیجاتی ہے۔

پسلیوں کی گنتی اوپر کی طرف سے دوسری پسلی سے شروع کرنا بہتر ہوتا ہے جسکی نشانہ دی قص پر لوڈ وکٹ کے زاویہ (angulus Ludovici) سے ہوتی ہے۔ کیونکہ یہ ممکن ہے کہ آٹھویں پسلی ناصبہ شکم کی (erector spinae) کے بیرونی حاشیہ سے باہر نہ نکلی ہو اور اس لئے نظر انداز ہو جائے اس قسم کا دھوکا کھانے سے جراح گمراہ کے تعریہ کے لئے معمولی ترچھا قطنی شکاف دینے میں غلطی کرتا ہے اور فتح اتنا اونچا بنالیتا ہے کہ پلورا کو نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہوتا ہے۔

اور طہ (aorta) چوتھے قطنی فقرہ کے جسم کے وسط کے بالمقابل خط وسطی کی عین بائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۱/۲ انچ دور اور اسکی بائیں جانب پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔ اگر اس محل تقسیم سے ایک ایک خط ہر ایک جانب پر پوپارٹ کے ہبل (Poupart's ligament) کے وسط یعنی مقدم فوقانی شکم کہ اور ارتفاق عانی کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ تصنیف تک کھینچا جائے

تو یہ مشترک (common) اور خارجی حرقنی (external iliac) شریبانوں کے

ممر کا تناظر ہوگا۔ اس خط کا بالائی مثلث مشترک حرقنی شریان کو ظاہر کرے گا۔ اور اس کا بقیہ حصہ خارجی حرقنی کو۔

**شکلی محور** (coeliac axis) بارصوبہ نظری فقرہ کے زیریں حصہ کے بالمقابل اس مقام سے نکلتا ہے جو بین بر معدی (mid-epigastric) نقطہ سے تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ اوپر ہوتا ہے اور نیچے کی طرف بارصوبہ نظری شکم کا متناظر ہوتا ہے۔ فوقانی ماساریتی (superior mesenteric) اور فوق کلوی (suprarenal) شریانیں اس محور کے عین نیچے ہوتی ہیں۔ کلوی عروق (renal vessels) فوقانی ماساریتی سے تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ نیچے اور بین بر معدی نقطہ کے بالمقابل نکلتے ہیں۔ تحتانی ماساریتی (inferior mesenteric) شریان اور طہ میں سے ناف سے تقریباً ایک انچ اوپر نکلتی ہے۔ عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان اس خط کی متابعت کرتی ہے جو رباط اُربی کے وسط سے لیکر ناف تک کھینچا جائے اس کے بعد یہ عضلہ کے وسطی حصہ کے پیچھے عموداً اوپر کو چلی جاتی ہے۔ اسی خط کے ساتھ ساتھ بعض اوقات سطحی بر معدی ورید بھی دیکھنے میں آتی ہے۔

شکلی "حلقوں" (rings) کا ذکر فوق کے تحت کیا جائیگا۔ (صفحہ 396 اور اس کے بعد کے صفحات)۔

## مقدم جلد و شکم

382

شکم کے سامنے کی جلد ران کے خط میں ڈھیلی چمکی ہوتی ہے دوسرے مقامات کی نسبت یہ خط وسطی میں عمیق تر حصوں سے زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے لیکن اتنی مضبوطی سے منضم نہیں ہوتی کہ الہتاب کو شکم کی ایک طرف سے دوسرے طرف کو منتقل ہونے سے باز رکھے۔ زیادہ فربہ کی حالت میں پیٹ پر دو مستعرض شکن بنجاتے ہیں جن میں سے ایک ناف پر ہوتا ہے اور دوسرا عانہ کے عین اوپر۔ کو لہجے کے جوڑ کے جاسی ہونے کی حالتوں میں اکثر مستعرض شکن دیکھنے میں آتے ہیں جو پیٹ پر سے گزرتے ہیں۔ لیکن ستون شکم کی زیادہ کثرت سے خمیدہ کرنے سے پیدا ہوتے ہیں جو اسی حالتوں میں



کو لیے کی حرکتوں کے فقدان کی تعویض کے لئے بالعموم ضروری ہوتا ہے۔  
جب شکم کے کسی بچہ تندرست سے جلد تندرست ہو چکی ہو تو بعض تقریبن لکیریں خطوط حملی  
(lineæ gravidarum) لیرین صمد کی جلد پر ظاہر ہو جاتی ہیں۔ یہ جلد کے ذبول سے پیدا ہوتی  
ہیں جو نناؤ سے واقع ہوتا ہے۔ کل استسقاء اور مینفی سلعات وغیرہ کے بعد یہ بخوبی دکھائی دیتی  
ہیں۔

جلد کے نیچے سطحی رداء ہوتی ہے جو شکم کے زیرین نصف پر دو تہوں میں آسانی سے تقسیم  
کیا جاسکتی ہے۔ اس خط کی زیر جلدی چربی کی بہت سی مقدار اس رداء میں پائی جاتی ہے جو دونوں  
رداءوں میں سے زیادہ اوپری ہوتی ہے اور فربہ اشخاص میں یہ ۶ انچ تک بھی گہری ہوتی ہے۔ سطحی  
عروق اور اعصاب کا زیادہ تر حصہ اسی رداء کی دونوں تہوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ لہذا فربہ  
موضوعات میں شکم پر ایک انچ یا اس کے لگ بھگ گہرے شکاف دئے جاسکتے ہیں جن میں زیادہ  
بڑے عروق سامنے نہیں آتے۔

سطحی رداء کی عمیق تہ میں لچکدار ریشے موجود ہوتے ہیں اور یہ تہ حیوانات کے طبقہ

(tunica abdominalis) کی تناظر ہوتی ہے۔ خط وسطی پر ارتفاع عانی کی حد تک یہ  
عمیق حصوں سے اور رباط اُربی کے پار روانے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتی ہے۔  
ارتفاع اور عانی شوک کے درمیان جو فاصلہ ہوتا ہے اس میں اسکی کوئی چسپیدگی نہیں ہوتی  
بلکہ نیچے کی طرف یہ صفت میں چلی جاتی ہے اور یہاں یہ بافت سلخہ (dartos tissue) کی شکل  
اختیار کر لیتی ہے۔ وہ وعاء پریشاب (extravasated urine) جو صفت تک پہنچ چکا ہو  
اس فاصلہ کو طے کر کے شکم کے اوپر کی جانب چڑھ جاتا ہے۔ اس حالت میں اس رداء کی عمیق تہ  
اسکو محدود کر دیتی ہے۔ اس رداء کی چسپیدگیوں کی وجہ سے نہ ران میں جاسکتا ہے اور نہ  
خط وسطی کو عبور کر سکتا ہے۔ اسی طرح وہ نفاسی (emphysematous) اجتماعات جو چھائی کے  
ضربات سے پیدا ہوتے ہیں جب رداء کی عمیق تہ کے نیچے واقع ہوتے ہیں تو ران پر جا کر ہی رکتے  
ہیں۔ مزید برآں ان شحمی سلعات کی تحدید جو اس تہ کے نیچے پیدا ہوتے ہیں خط وسطی اور پوپارٹ  
(Poupart) کے رباط ہی سے ہوتی ہے۔

مقدمہ شکم کی جدوور کی موٹائی مختلف افراد میں مختلف ہوتی ہے۔ بہت زیادہ لاغری کی حالت میں بعض احتشاء کے خاکے شکم کی پتیلی دیواروں میں سے باسانی معلوم کئے جاسکتے ہیں اور بعض اوقات دکھائی بھی دے سکتے ہیں۔ مزمن مہوی تسرد کی حالت میں تہہ د امعاکھ خاکے نظر آتے ہیں اور انکے حرکات دکھائی دے سکتے ہیں۔ تسرد بواب کی مثالوں میں منشیع اور بیش پروردہ معدہ کے حرکات اکثر دیکھے جاسکتے ہیں۔ دیوار شکم کی اضافی موٹائی کا انحصار مختلف اشخاص میں عضلات کی موٹائی کی نسبت زیادہ تر زیر جلدی چربی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ یہ عضلی سرحد اندرونی احتشاء کے لئے ایک قابل تعریف محافظ کا کام کرتی ہے۔ عضلات شکم کو منقبض کرنے سے پیٹ کا سامنے کا حصہ تختہ کی طرح سخت کیا جاسکتا ہے اور حاد التهاب کی حالت میں بعض اوقات یہ دیکھنے میں آتا ہے کہ اس انقباض سے ایک معتدبہ حد تک استواری پیدا

ہو جاتی ہے۔ ایسی حالت میں شکم پر چوٹ لگنے سے جبکہ عضلات مضبوطی سے منقبض ہوں احتشاء کو غالباً کوئی ضرر نہیں پہنچتا، تا وقتیکہ چوٹ انتہا درجہ کی شدید نہ ہو۔ استوار عضلی دیوار اپنے فعل میں ربڑ کے ایک کثیف صفحہ کی طرح موثر ثابت ہوتی ہے۔ یہ دیوار بعض اوقات کبھی بھی جاتی ہے اور بعض اوقات پھٹ بھی جاتی ہے مگر کوئی فنگلی کا بیشتر مدد اسی کو پہنچتا ہے۔ شکم پر چوٹ آنے سے شمولہ احتشاء پر جس اثر کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے اسکا انحصار غالباً بہت سے اسباب پر ہوتا ہے۔ لیکن جہاں تک خود دیواروں کا تعلق ہے اس اثر کا دار و مدار زیادہ تر اس امر پر ہوتا ہے کہ آیا ضرب متوقع تھی یا نہیں اور جدوور میں چربی کی کتنی موٹی گدی موجود ہے۔ اگر ضرب متوقع ہو تو شکم کے عضلات یکایک فطری طور پر منقبض ہو جائیں گے اور احتشاء کو فی النور ایک محکم مگر پکدار سپر جیا ہو جائیگی۔ اسی لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ عضلات شکم کو فٹہ اور دریدہ پائے گئے ہیں مگر احتشاء صحت و سالم موجود تھے۔ بخلاف اسکے حشا ایسی حالتوں میں جبکہ عضلات یا تو غالباً عدم فعل تھے اور یا ان پر حملہ ایسا نہ ہو کہ دیوار شکم کو کوئی نمایاں ضرر پہنچنے کے بغیر زبردستہ پایا گیا ہے۔ جنگ عظیم میں احتشاءے شکم کو گولی سے ضرر پہنچنے کے کسی ایک واقعات کا اندراج کیا گیا تھا مگر انیس گولی کا راستہ جو حشائی ضرر کا باعث ہوئی تھی عضلی جدوور تک ہی محدود تھا۔

عضلی دیوار احشاء کو محفوظ رکھنے کے علاوہ خاص حسانی سہارے کا کام بھی دیتی ہے۔  
سیدھا کھڑے ہوتے ہی دیوار شکم کے عضلات معکوس طور پر منقبض ہو جاتے ہیں اور اس طرح شکمی مشمولات کا وزن بھی برداشت کرتے ہیں۔

**خط ابیض (linea alba)** پر دیوار شکم بتلی کثیف اور مرئی عروق خون سے مبرا ہوتی ہے۔ لہذا کہفہ شکم کے بہت سے علیہ جات میں شگاف خط وسطی پر دیا جاتا ہے۔ عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ (خط ہلالی کے قریب اور اسکی دوسری طرف) بھی جدور پستلے اور عروق سے مبرا ہوتے ہیں اور اسلئے وعائی نقطہ نگاہ سے یہ محل بھی شگاف کے لئے بہت موزوں ہے لیکن ایک زیادہ اہم سبب کی وجہ سے کہ اس سے عضلہ مستقیم کی عصبی رسد کو نقصان پہنچے گا بہت احتمال ہوتا ہے یہ محل بہت ناموزوں ہے۔ ناف سے ٹخنہ ایک انچ نیچے دو عضلات مستقیم تقریباً ایک دوسرے سے ملے ہوتے ہیں اور یہ مشکل ہی سے کہا جاسکتا ہے کہ یہاں خط ابیض (linea alba) موجود ہے۔ مگر اوپر کی جانب یہ عضلات علحدہ رہتے ہیں اور یہاں خط ابیض طبعی طور پر ۳ انچ چوڑا ہوتا ہے۔ محل فرہی اور استسقا میں اسکا فوق النری حصہ ۲ انچ یا اس سے زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے۔ مگر تنگ تحت النری حصہ غیر متاثر رہتا ہے۔ خط ابیض کا یہ حصہ جب چوڑا ہو جاتا ہے تو اس حالت کو عضلات مستقیم کا انفراج (divarication of recti) کہتے ہیں۔ اس حالت میں جب عضلات مستقیم اپنا فعل کرتے ہیں، مثلاً جبکہ مریض چت لیٹنے کے بعد بازوؤں کی مدد کے بغیر بیٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو مشمولات شکم انکے درمیان سے ابھر آتے ہیں بعض اوقات زیر باریطونی چربی کے غلو لے خط ابیض کے رخنوں میں سے بڑھ آتے ہیں اور ان سے ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جو شحمی فتوق (fatty hernia) کے نام سے موسوم ہے۔

385

**ناف** کالیفی حلقہ خط ابیض سے مشتق ہوتا ہے۔ اس حلقہ سے تمام ہم پہلو ساختیں جلد۔ ردا اور باریطون مضبوطی سے منضم ہوتی ہیں، یہ انضمام ایسا ہوتا ہے اور جلد او باریطون کے درمیان چربی کی مقدار اتنی قلیل ہوتی ہے کہ سری فتوق (umbilical hernia) پر عملیہ کرتے وقت فتقی تاجہ کے کھولنے سے احتراز نہیں کیا جاسکتا۔

ناف اس مقام کو ظاہر کرتی ہے جہاں جانبی شکمی دیواریں انجام کار بند ہوتی ہیں۔

چھٹے ہفتہ میں یہ فتہ قیف نما ہوتا ہے اور تاجہ زردی (yolk sac) اور امعا کے ایک دہراؤ پر مشتمل ہوتا ہے جن سے یہ چسپیدہ بھی ہوتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات برقرار رہتی ہے اور اس سے خلقی سری فتہ پیدا ہو جاتا ہے۔ جنین میں ناف پر تین عروق داخل ہوتے ہیں اور کہف شکم میں پہنچتے ہیں۔ یہ علحدہ علحدہ ہو جاتے ہیں۔ ورید براہ راست اوپر کی طرف کوچلی جاتی ہے اور شریانیں ترچھے رخ میں نیچے کی اور باہر کی طرف کوچلی جاتی ہیں۔ یوریکس (urachus) کے آثار خط و طغی میں ناف سے نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ جنین میں وہ مقام جس پر نینوں عروق ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں تقریباً ناف کا مرکز ہی ہوتا ہے اور خلقی سری فتہ میں ایسا ہوتا ہے کہ رودہ باہر نکلتے ہیں نینوں عروق کو علحدہ علحدہ کر دیتا ہے اور یہ اس کے اوپر کسی حد تک پھیل جاتے ہیں۔ خلقی فتہ فی الحقیقت جب تک ساختوں کے درمیان سے نکل جاتا ہے اور اسکے غلافات انہی سے بنتے ہیں۔ یہ فوق خوش قسمتی سے نادر الوقوع ہیں۔ کیونکہ بعض مثالوں میں یہ تھوڑی دور تک ہی جل میں جاتے ہیں اور جن واقعات کے متعلق اطلاع دی گئی ہے انہیں سے کم سے کم دو میں قبالت کرنے بوقت پیدائش جل سری کا ٹپتے وقت رودہ کاٹ دیا تھا۔ جوں جوں شکم بلند ہوتا جاتا ہے۔ دونوں سدود شریانیں اور یوریکس (urachus) ندبہ کے لئے جو کام کرتے ہیں اور اسے پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو کھینچتے ہیں۔ بعض حالتوں میں ناف پر ایک ناسور پایا جاتا ہے جس سے پیشاب نکلتا رہتا ہے۔

یہ منفذ یوریکس (patent urachus) سے پیدا ہوتا ہے۔ بولی مثانہ کلیہ (allantois) سے بنتا ہے

اور کلیہ کا جو حصہ مثانہ اور ناف کے درمیان ہوتا ہے اس سے یوریکس (urachus) بنتا ہے جسکا دروند بالعموم بند ہو جاتا ہے اگرچہ بعض اوقات یہ مفتوح بھی رہتا ہے۔

بعض اوقات ناف پر ایسا ناسور بھی پایا جاتا ہے جس سے براز خارج ہوتا ہے۔

یہ زردینی معوی قنات (vitello-intestinal duct) کے برقرار رہنے سے بنتا ہے۔ یہ قنات ایک راستہ ہے جو کسی وقت ابتدائی جنین کی معا کو تاجہ زردی (yolk sac) سے ملتا ہے۔

۱۔ خلقی فتہ کو طفلی سری فتہ سے جو جل سری کے کاٹنے کے بعد عام طور پر دیکھتے ہیں آتا ہے تیز کرتا ضروری ہوتا ہے۔ ان خلقی فتوں کے بیان کے لئے لانسٹ (Lancet) ۱۸۸۵ء - ۱ - ۳۲۳ میں مصنف کا مضمون دیکھا جائے۔

اور جب نموکو ترقی ہوتی ہے تو یہ جل سری کے شبیہی سرے پر پہنچ جاتا ہے۔ ۹۹ فیصدی جنینوں میں یہ ربط غائب ہو جاتا ہے۔ مگر ایک فیصدی میں یہ قنات یا جل یا عطفہ کی شکل میں برقرار رہتا ہے۔ جب معوی سرا برقرار رہتا ہے تو اسے **عطفہ میککل** (Meckel's diverticulum) کے نام سے

موسوم کیا جاتا ہے اور یہ لفافنی سے لفافنی اسحوری دہندہ سے ۲ فٹ اوپر نکلتا ہے۔ مزید برآں اس جنین علاقہ سے اس لفافی جل کی موجودگی کی بھی توجیہ ہوتی ہے جو بعض اوقات عطفہ میککل کو ناف سے ملائی ہوئی دکھائی دیتی ہے۔ اس لفافی جل سے بعض اوقات امعاء کی تشخیص واقع ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔

**عضلہ مستقیم کے متعرض تقاطعات** (transverse intersections) کے محل کو ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ یہ عضلہ مستقیم کے غلاف کی مقدم تہ سے منضم ہوتے ہیں مگر اس کی موضوع تہ سے منضم نہیں ہوتے۔ لہذا جو تقیمی اجتماعات اور نزفات اس کی مقدم جانب کے غلاف کے نیچے پیدا ہو جاتے ہیں انکو یہ کسی حد تک محدود رکھتے ہیں۔ یہ عضلہ اکثر ایک قسم کے وہمی سلسلہ (phantom tumour) کا محل ہوتا ہے۔ یہ ملعات ہسٹیریا (hysteria) کے مریضوں اور مراقی اشخاص میں کثرت سے پائے جاتے ہیں اور جب ان کے ساتھ کچھ موزوم سے کی علامات موجود ہوتے ہیں تو ان سے مغالطہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ ملعات عضلہ کے جزوی انقباض سے پیدا ہوتے ہیں جو بالعموم اس کے دو تقاطعات کے درمیان حصہ میں واقع ہوتا ہے اور ان کے متعلق یہ کہا جاتا ہے کہ یہ عضلہ مستقیم کے بالائی حصہ میں زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں۔ جب اس عضلہ کے ریشے قبض ہوتے ہیں تو ”سلسلہ“ نمایاں ہوتا ہے اور جب یہ ڈھیلا ہو جاتے ہیں تو یہ غائب ہو جاتا ہے۔ بہر حال وہی سلسلہ ہمیشہ عظیم الاہیت نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ شکم کے اندر کے کسی خطرناک مرض سے تعلق رکھتا ہو اور معکوس عضلی انقباض سے پیدا ہوا ہو۔ اس قسم کے معکوس فعل کا نقطہ ابتدا

387

احشاء میں ہوتا ہے۔ ان شخص المقام انقباضات سے حشوی مرض کے حل کا پتہ چل سکتا ہے۔ چنانچہ معدہ کی خاص حسی عصبی سرد جل کے آٹھویں لہری عصب سے آتی ہے اور عضلہ مستقیم کا وہ حصہ جو بالائی اور وسطی نقوش کے درمیان کا ہے۔ اسی قطعہ سے آٹھویں لہری عصب کے ذریعہ سے



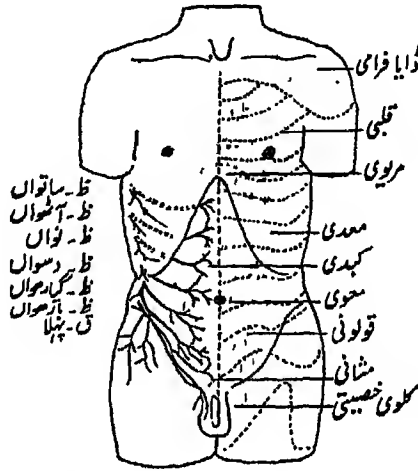
عمیق برآمدی شریانیں، عمیق منحن سرقفی (deep circumflex iliac) کی کچھ شاخیں، آخری دوہیں سطحی عروق، فوقانی برآمدی (superior epigastric) شریان اندرونی پستانی کی ایک شاخ اور قطنی شریانوں کی شکمی فسمتیں ہیں سطحی عروق چھوٹے چھوٹے ہوتے ہیں۔

سطحی وریدیں شکم کی سامنے کی طرف پرکثیر التعداد ہوتی ہیں اور دوالی نما ہونے کی حالت میں یہ بہت نمایاں ہوتی ہیں۔ اس طرح ایک جانبی ورید جو بغل سے لیکر بن ران تک جاتی ہے اور بغلی اور غدزی وریدوں کو ملائی ہے بہت واضح ہو جاتی ہے۔ ورید جو قطنی (inferior vena cava) کے تسدو کی حالتوں میں شکم کی سطحی وریدیں بعض اوقات خون کی بدیلی گزرگاہوں کا کام بھی دیتی ہیں۔ سرری تجربہ سے یہ ثابت ہوتا ہے کہ یہ وریدیں ان مثالوں میں بھی جنہیں ورید جو قطنی متحافی منقطع ہوتی ہے بعض اوقات ایک بہت بڑی حد تک دوالی نما ہوتی ہیں ان عروق کے مصاریع اس طرح مرتب ہوتے ہیں کہ ناف کے اوپر کی سطحی وریدوں کا خون بغل کی طرف جاتا ہے اور زیر نافی خطہ کا خون کچھ ران کی طرف کو۔ ناف کے قرب و جوار میں یہ وریدیں جگر کے درانی شکل بابا (falciform ligament) کے اندر کی نفی وریدی گزرگاہوں کے ذریعہ سے بانی ورید (portal vein) سے جگر کے اندر ملی ہوتی ہیں (سیٹپے: Sappey)۔ لہذا جن حالتوں میں بانی دوران خون جگر کے مرض یا بانی ورید کے جزوی طور پر بند ہونے سے مستعد ہو جاتا ہے۔ ان میں کیس قدر بانی خون نافی ربط کے ذریعہ سے سطحی برآمدی وریدوں میں بھی چلا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں خون ناف سے دور بہتا ہوا پایا جاتا ہے۔ کبدی کہتے سے پیدا شدہ استسقاء کا تدارک کرنے کے لئے ٹالما مورسین (Talma-Morison) کے عملیہ کی ایک مرحلہ صورت اکثر مفید ثابت ہوتی ہے۔ شرب عظیم کا ایک بڑا سا کٹڑا نکلیس ربودہ (decalcified) لڈی کے ایک حلقہ میں سے جو بارطین ہیں ایک سوراخ کے اس سے سی دیا جاتا ہے باہر نکال لیا جاتا ہے اگر اس ٹرنی جامہ پوش کو ٹانگے لگا دئے جائیں اور اسے دیوار شکم کے اندر چڑا کر کچھ پھیلا دیا جائے تو شکم اور دیوار شکم کی وریدوں کے درمیانی تفہات چند منہنوں میں بہت موثر بن جاتے ہیں (سی۔ سی۔ چالس) اور سطحی وریدیں بہت قمع ہو جاتی ہیں۔

شکم کی سامنے کی طرف کے سطحی عروق لمف کے متعلق عمومی طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ

ناف سے اوپر کے عروق بغلی غدہ کی طرف اور اس سے نیچے کے کبجہ ران کے غدہ کی طرف جاتے ہیں۔  
 اعصاب - دیوار شکم کو سب سے نیچے چھ صدی یا بین شعلی اعصاب اور پہلا قطنی عصب

890



شکل ۸۵ - وھڑ کی اگلی سطح پر کے ان رقبہ جات کو ٹھنٹا ہا کر تی ہے جن کو شوکی  
 اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔

یہ رقبہ جات بائیں جانب پر منقوض خطوں سے ظاہر کئے گئے ہیں اور جو عصب شوکی انکو رسد پہنچاتا ہے اس کا عدد درج  
 ہے۔ اعصاب دائیں جانب پر ظاہر کئے گئے ہیں۔ سرخ نقطوں والے رقبہ جات ان خطہ جات کو ظاہر کرتے ہیں جن سے  
 خضائی مرض سے متعلق ہمد عام طور پر منسوب ہوتا ہے (مطابق مشاہدات سر جیمز میکنزی)۔ درہر ایک رقبہ کے غیر محصور  
 حصہ کی طرف پھیلتا ہے۔

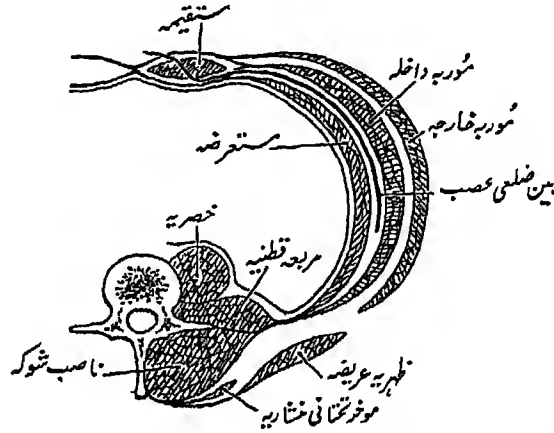
رسد پہنچاتے ہیں (شکل ۸۵)۔ یہ شکم کے طویل محور کی جانب ترچھے رخ میں نیچے کی اور اندر کی طرف  
 جاتے ہیں۔ شکلی علیہ جات کے بعد فتوح کے وقوع اور عضلی کمزوری کے انسداد کے لئے شکلی دیوار کے  
 کسی دوسرے حصہ کی نسبت ان اعصاب کو سلاست رکھنا زیادہ ضروری ہوتا ہے۔ لہذا اگر ممکن ہو تو



ایسے تمام شگافات سے احتراز کرنا چاہئے جن سے یہ کٹ جائیں۔ ایسے شگافات جو ضلعی حاشیہ کے متوازی یا عضلہ مستقیمہ کے بیرونی حاشیہ پر دئے جاتے ہیں ان سے ان اعصاب کو نقصان پہنچنے کا خاص طور پر احتمال ہوتا ہے اور گردہ کو معر کرنے کے لئے جو شگاف دیا جاتا ہے اس میں بے احتیاطی سے کام کرنے سے بعض اوقات آخری صدری عصب کو ضرر پہنچ جاتا ہے۔ ایسے شگافات سے جو تعرض رخ میں یا نیچے کی اور اندر کی طرف کو ترچھے دئے جائیں اعصاب کو ضرر پہنچنے کا کم امکان ہوتا ہے۔ لیکن اگر یہ عضلہ مستقیمہ میں سے دئے جائیں تو ان کو احتیاط سے سینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ نزدیکی شگاف سے جو غلاف مستقیمہ میں عموداً شگاف دیئے اور پھر مستقیمہ کو باہر کی طرف باز کشیدہ کرنے سے بنایا جاتا ہے رسائی بھی حاصل ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی اعصاب کو کبھی کوئی خطرہ نہیں ہوتا اور نیز اسے شکم کے تمام رقبہ پر بڑھایا جاسکتا ہے۔ اسلئے بہت سے جراح اس شگاف کو بہت پسند کرتے ہیں کیونکہ اس سے رسائی بھی، بخوبی ہوتی ہے اور شدید خطرہ بھی اقل ہوتا ہے۔

نیچے کے بنی ضلعی اعصاب دیوار شکم میں ضلعی غصروں کی گہری سطحوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور یہ ان فضاؤں میں سے گذر کر آتے ہیں جو عضلہ مستقیمہ (transversalis) اور ڈایا فرام کے مبدائل کے سروں کے درمیان ہوتی ہیں۔ آخری صدری، حرقنی زیر معدی (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی اعصاب گردہ کے پیچھے سے گزرتے ہیں اور پھر عضلہ مستقیمہ کو متغیب کرتے ہیں۔ یہ تمام اعصاب عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستقیمہ (transversalis) کے درمیان آگے کی اور نیچے کی طرف کو جاتے ہیں۔ حرقنی اربی (ilio-inguinal) عصب قنال اربی میں چلا جاتا ہے اور بقیہ اعصاب عضلہ مستقیمہ کے غلاف کے بیرونی کنارے کو موضوع رخ سے متغیب کرتے ہیں اور عضلہ مستقیمہ کے پیچھے اندر کی طرف بڑھ جاتے ہیں۔ اور اس عضلہ میں تقریباً اسکے نصف پر داخل ہو جاتے ہیں۔ لہذا غلاف مستقیمہ کا اندرونی نصف عصبی تنوں سے مبرا ہوتا ہے (شکل ۸۶)۔ کو آئیٹ (Coyte) (الاسیٹ ۸۸ نومبر ۱۹۲۳ء) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ بنی ضلعی اعصاب کا محسوسیدہ صانہ نہیں ہوتا بلکہ انہیں جنبروں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جنکے انقعات اور پر کی طرف کو ہوتے ہیں۔ یہ کم سے کم ساتویں آٹھویں اور نویں عصب کے متعلق صحیح معلوم ہوتا ہے۔ اور اس نے یہ بھی ثابت کیا ہے کہ تمام بنی ضلعی اعصاب دیوار شکم میں اپنے متناظر ضلعی غصروں کے نیچے سے داخل نہیں ہوتے۔ چنانچہ سالحال عصب اس میں نویں

ضلعی غضروف کی نوک سے عین اوپر داخل ہوتا ہے اور نواں اور دسواں عصب اس غضروف کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں اور بقیہ اعصاب اپنے متناظر غضروفوں کے نیچے سے داخل ہوتے ہیں (شکل ۸۷)۔ لہذا عضلہ مستقیمہ کے اوپر کے چار انچ میں کوئی حقیقی عصبی تنہ موجود نہیں ہوتا (کواہیٹ Coyte) اور ضلعی حاشیہ کے ساتھ ساتھ بغیر کسی خطرہ کے ترچھا شکاف دینا ممکن ہے بشرطیکہ یہ نواں

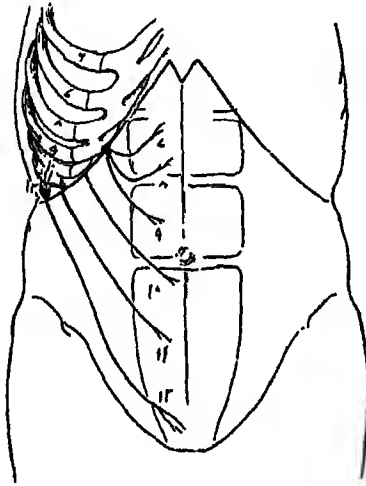


شکل ۸۷۔ دیوار شکم کی مستعرض تراش جس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ عین ضلعی عصب خلاف مستقیمہ کی موخر تہ کو کس طرح منقبت کرتا ہے اور اس سے وہ مقام بھی ظاہر ہوتا ہے جس میں عضلہ مستقیمہ میں داخل ہوتا ہے۔

892 ضلعی غضروف پر جا کر ختم ہو جائے۔ مگر اپنے تجربہ میں میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے بہت سے ایسے واقعات دیکھے ہیں جن میں اس قسم کا شکاف دیا گیا تھا اور بعد کے عملیہ پر یہ معلوم ہوا کہ مستقیمہ کا بالائی حصہ جامد یعنی بافت میں تبدیل ہو گیا ہے۔

اعصاب شکم صرف عضلات ہی کو رسد نہیں پہنچاتے بلکہ جلد اور باربیلون کو بھی رسد پہنچاتے ہیں۔ اس امر سے عضلات کی اس استوار اور محافظانہ جمیدیت کی جو باربیلون کی تراش سے عمل میں

آتی ہے اور نیز عضلات کے اس نوری محافظہ فعل کی جو ضرب کے متوقع ہونے کی حالت میں ظاہر ہوتا ہے  
توجہ دینی چاہیے کہ سریری جس کے لئے یہ ضروری ہے کہ جراح کا ہاتھ گرم اور نرم ہو کیونکہ سرد ہاتھ سے  
چھونے سے یا اسکی لمبے آہنگ اور جھکے دار حرکتوں سے الیم شکم میں فوراً ایک عضلی جمیدیت پیدا ہو جائیگی  
جس سے استواری رونما ہو جائیگی اور جن چیزوں کی تلاش جس سے کیا جا رہی ہے وہ پوشیدہ ہو جائیں گی  
نہ صرف مریض ہی کا کسی آرام دہ وضع میں ہونا ضروری ہے بلکہ جراح کے لئے بھی ایسی وضع ضروری ہے،



شکل ۸۷ - دیوار شکم کے اعصاب کا ضلعی حاشیہ سے تعلق اور ان کا رخ  
ظاہر کیا گیا ہے۔

۳۹۳ کیونکہ اسی طرح وہ ایسا امتحان انجام دے سکتا ہے جس سے مریض کو درد سے تکلیف نہ ہو اور جو خود اسکے لئے  
بہت معنی خیز ہو۔ اسے یہ بھی ضروری یاد رکھنا چاہئے کہ ہاتھ فوراً اٹھا لینے سے بھی الیم شکم میں اسی طرح درد  
پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے جس طرح کہ دفعۃً دباؤ ڈال دینے سے۔  
صدر اور شکم کی تعصیب میں قریبی تعلق موجود ہونے کی وجہ سے یہ خطر پیدا ہوتا ہے کہ

مریض خاص کر جبکہ وہ بچہ ہو ایسے درد کو جو فی الحقیقت چھاتی میں پیدا ہوا ہو شکم سے منسوب کرے اور ممکن ہے کہ اس میں عضلی استواری بھی موجود ہو۔ اس امکان کی اہمیت معلوم نہ کر سکنے کی وجہ سے ذات الریہ کی ابتدائی حالتوں میں غلطی سے شکمی مرض تشخیص کر دیا گیا ہے۔ ایک اور طریقہ شکم کے درد سے حقیقتہً صدی مرض پیدا ہوجاتا ہے مثلاً زخم شکم کے درد کی وجہ سے نفسی حرکات بند ہوجاتے ہیں اور اس طرح رفوئی پیچیدگیاں بڑھ جاتی ہیں۔

شوکی ذبول میں شوکی اعصاب کے مضبوط ہونے سے انکے رقبہ جات تفرع میں بعض اوقات حس متغیر ہوجاتی ہے۔ مثلاً مریض شکم کے درد یا اسکے جکڑے ہونے کی شکایت کرتا ہے۔ اس قسم کا درد فقرات کے خبیث مرض یا انیس انورسٹوں کے دباؤ سے تلطیف پیدا ہوجانے کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس سے درد شکم کی غلط تشخیص کر دیتا ہے۔

دیوار جسم کے اعصاب کے اور زیادہ اہم امتیازات بھی ہیں اور وحشوی امتیازات (visceral associations) میں جن جنی مرکز کے ساتھ دیوار جسم کے اعصاب وابستہ ہیں وہ نظام مشار کی کے ذریعہ سے اشتائے شکم و صدر سے بھی ربط و راہ رکھتے ہیں۔ وحشوی شوکی مرکز اپنے تناظر بدانی شوکی مراکز (somatic spinal centers) سے بھی قریبی ربط رکھتے ہیں۔ لہذا اشتائے شکم کے اندر کی مرضی حالتیں تناظر جنی مراکز میں غلط پیدا کرتی ہیں اور چونکہ دماغ صرف بدنی اعصاب کے ساتھ ساتھ ہی درد کے مقام کی تعیین کا عادی ہے اسلئے غلطی سے یہ درد کو غلط یا قوتہ قطعہ کے عصب شوکی کے ساتھ منسوب کر دیتا ہے۔ صرف درد ہی منسوب نہیں ہوتا بلکہ جس حصہ جلد کو غلط یا شوکی اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ بھی الیم ہوجاتا ہے اور الیمیت کے ان رقبہ جات کے مطالعہ سے ہیڈ (Head) نیز جنل شوکی میں وحشوی مراکز کی تعیین مقام کی ہے۔ چنانچہ اس سے جراح کو زیادہ صحیح تشخیص کرنے کا ذریعہ حاصل ہو گیا ہے۔ چھٹے ٹھری قطعہ سے لیکر پہلے قطنی تک کے شوکی قطعہ اشتائے شکم کو رسد پہنچاتے ہیں اور یہ اعصاب اپنے مقامات متفقہً ایک نوع رابطہ (rami communicantes) اور اشتائی (splanchnic) اعصاب اور شکم کے مشار کی ضعیفوں کے ذریعہ سے پہنچتے ہیں۔ دوسری تیسری اور چوتھی قطنی عصبی جڑوں سے کوئی وحشوی عصب نہیں نکلتا۔ لہذا انیس منسوب وحشوی درد بھی نہیں پایا جاتا۔ حوضی اشتاء کو پانچویں قطنی سے لیکر تیسرے اور بعض اوقات چوتھے عجزی عصب تک کے اعصاب اعصاب نا عصب (nervi erigentes) کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔

یہ بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ دیوار شکم میں اعصاب کے تین نظام پائے جاتے ہیں۔  
 (۱) اعصاب جلد - (۲) اعصاب عضلات (حرکی اور حسی) - (۳) جداری باریطون کے اعصاب  
 انہیں سے ہر ایک اور سب کے سب بھی بعید درد کا محل ہو سکتے ہیں۔ عام ترین محل عضلی اعصاب  
 ہی ہوتے ہیں۔ عضلہ پر دباؤ ڈالنے سے یا اس سے حرکت کروانے سے جو درد پیدا ہوتا ہے اسے متعلق  
 عام طور پر یہ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ درد مرض زدہ حشا میں واقع ہے۔ مگر ایسا خیال کرنا ناہنجی غلطی ہے۔  
 جدور شکم کے عضلات کی تنش اور انکی حالت احتشاء کی حالت سے ایسے عصبی مراکز کے باہمی تعلقاً  
 کے ذریعہ اسے جو جبل شوکی میں ہوتے ہیں متاثر ہوتی ہے۔

جن جن قطععات سے ہر ایک حشا تعلق رکھتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہیں (تہیڈ: Head):

|  |   |
|--|---|
| معدہ ۶ - ۷ - ۸ - ۹ - ظہری -                | غده قدامیہ ۱۰ - ۱۱ - ظہری - قطنی - ۱ - ۲ - ۳ - عصبی |
| معا ۹ - ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - " -                 | برنج ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی -                        |
| معائے مستقیم ۲ - ۳ - ۴ - عصبی -            | خصیہ اور بیض ۱۰ - ظہری -                            |
| بگرا اور مرارہ ۶ - ۸ - ۹ - ۱۰ - ظہری -     | ضمیمہ جات رحم ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی -               |
| گردہ اور حالب ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی - | رحم ۱۰ - ۱۱ - ۱۲ - ظہری - قطنی - ۳ - ۴ - عصبی -     |

395

یہ عصبی تعلق مرض میں بہت سی صورتوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ چنانچہ حاد التهاب باریطون اور  
 بعض احتشاء کی دریدگی میں عضلات شکم استواری سے منقبض ہو جاتے ہیں۔ تاکہ ضرر رسیدہ حصص کو  
 حتی الامکان کل آرام مجائے۔ مزید برآں حاد التهاب باریطون میں شکم بہت سخت ہوتا ہے  
 عضلات استوار ہوتے ہیں اور تنفس خالصتہ صدری ہوتا ہے اور حشوی تہیجات کی بھرمار سے شوکی  
 مراکز اسقدر بیش حساس ہو جاتے ہیں کہ مریض شکم کی دیوار یا جلد پر اکثر خفیف سے خفیف دباؤ تک  
 بھی برداشت نہیں کر سکتا۔

شکم کی خلقی بدشکلیاں - نمو کے دوسرے ہینہ میں معاکا کچھ حصہ ناف میں سے

جو بہت کشادہ ہوتی ہے جل میں اس مقام پر تظلیل کرتا ہے جہاں یہ صرف اپنی ایک شفاف غشا ہی  
 ڈھکی ہوتی ہے۔ تیسرے ہینہ میں امعاء شکم میں واپس چلے جاتے ہیں اور جل کے اندر کا کہف منظم  
 ہو جاتا ہے اور ناف بند ہو جاتی ہے۔ بعض اوقات امعاء کی واپسی کا عمل نامکمل رہ جاتا ہے۔

اور ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس سے برعکس عمل وقوع میں آتا ہے اور جمل کے لمبی مشمولات کے علاوہ اس میں دوسرے مشمولات کا بھی اضافہ ہو جاتا ہے اس طرح خلقی فتق مٹری (congenital exomphalos) کی مختلف قسمیں پیدا ہو جاتی ہیں جو شدت میں چھوٹے سے فتق سے لیکر ان تمام احشاء کے بروز تک خلایا پذیر ہوتی ہیں جو زیادہ حرکت پذیر ہوتے ہیں عجیب ترین بد شکلیوں میں سے ایک مثانہ کی بروں گردیدگی (extroversion of the bladder) (بے جانی مثانہ: ectopia vesicae) کے

396



شکل ۸۸۔ مثانہ کی بروں گردیدگی میں حصوں کی حالت۔

نام سے موسوم ہے۔ اس حالت میں نہ صرف دیوار شکم ہی کا کچھ حصہ بظاہر غائب ہوتا ہے بلکہ تناسلی بولی آلات کا کچھ حصہ بھی موجود نہیں ہوتا۔ مکمل حالتوں میں دیوار شکم میں ناف سے لیکر مجری بول تک نقص پایا جاتا ہے۔ ارتقاقی مانہ یا تو بہت کھلا اور یا ناقص ہوتا ہے۔ اور مثانہ کی مقدم دیوار اور قضیب کا زیادہ تر حصہ اور مجری بول کی تمام چھت غائب ہوتی ہے (شکل ۸۸)۔ مثانہ اور مجری بول کا

اندر وئی حصہ کھلا ہوتا ہے اور ان سے دیوار شکم کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ یہ غیر محفوظ یا مشائی رقبہ استواء کے نزول میں بہت کم مزاحمت پیش کرتا ہے اور کمر لیس کے بیٹھنے یا اٹھنے میں باہر کی طرف کو ابھرتا ہے۔ مزید برآں صفحہ بھی جیسا کہ اسکے نمونہ کا حوالہ دیکھنے سے توقع کی جا سکتی ہے دو شاخہ ہوتا ہے۔

## فتق

(HERNIA)

۱۔ **فتق اُربی (inguinal hernia)**۔ اس قسم کے فتق میں مفتوق اسحاقِ قنال اُربی کے تمام طول میں یا اسکے کچھ حصہ میں پائے جاتے ہیں۔ یہ قنال اندرونی عمیق یا خشکی حلقہ سے لیکر سطحی یا اُربی حلقہ تک ترچھے رخ میں آتی ہے اور اسکا طول تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ یہ اس راستہ کو ظاہر کرتی ہے جو خصیہ نے بی ران کی طرف اترتے ہوئے اختیار کیا تھا۔ یہ ایک رخ سے ایک گرد گاہ ہے جو دیوار شکم کے آریا رجانی ہے اور اس میں جل منوی (spermatic cord) ہوتی ہے۔ لیکن یکمیل نلی کی طرح کی منفست قنال نہیں ہوتی بلکہ یہ ایک فضا بالقوہ ہے گویا کہ یہ بافت کا ایک خط ہے جو اس طرح سے مرتب ہے کہ اس میں سے وہی جسم گزر رہا ہے جو اس میں زور داخل کر دیا گیا ہے۔ یہ دیوار شکم کا ایک رخندہ ہے دروازہ نہیں اور یہ رخندہ فتق کی اکتسابی قسموں میں زور پڑنے سے کھل جاتا ہے اور عریض ہو جاتا ہے۔

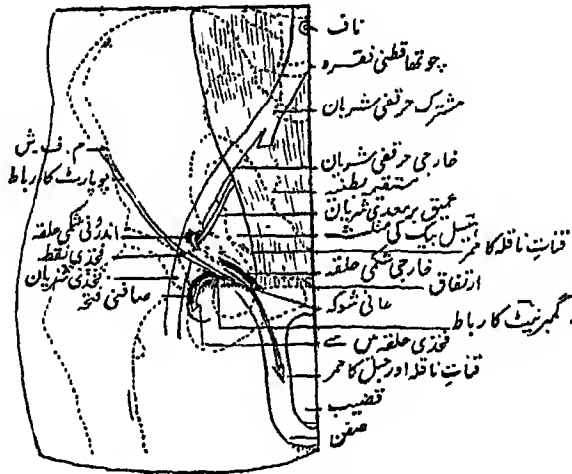
397

جب فتق قنال اُربی میں واقع ہوتا ہے تو یہ سانس کی طرف پوششوں اور عضلات موربہ خارجہ کے صفاق اور عضلات موربہ داخلہ کے زیریں ریشوں سے ڈھکا ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف پر دائے مستعرضہ (transversalis fascia) ڈھانچہ کہ اوٹ کرٹ ردا (معکوس اُربی رباط) پتنگن ہونا ہے۔ اسکے اوپر عضلات مستعرضہ و موربہ داخلہ ایک محراب بناتے ہیں اور اسکے نیچے وہ زاویہ ہوتا ہے جو اُربی (پوپا کرٹ کے) رباط اور دائے مستعرضہ کے اتحاد سے بنتا ہے۔ مفتوق رووہ تاجہ (sac) میں پایا جاتا ہے جو ہمیشہ باریکوں سے بنتا ہے۔ خلیقی فتق میں یہ تاجہ پہلے ہی سے موجود ہوتا ہے اور غیر طبعی طور پر منفتح "زائدہ غمدیہ" (processus vaginalis) سے بنا ہوتا ہے۔ اکتسابی فتق میں

تا چہ جداری باریکوں کے اس حصہ پر مثل ہوتا ہے جس کو رودہ نیچے اترتے وقت اپنے آگے دھکیل کر لے آتا ہے۔

خارجی یا سطحی حلقہ حادزاویوں والی مثلث کی طرح کا ہوتا ہے اور عالی شوکہ سے ۱/۲ انچ اوپر کی اور باہر کی طرف واقع ہوتا ہے۔ عین کو انگی کے سرے سے منفر کرنے اور پھر اس کو جیل کے سامنے سے اوپر کی طرف لے جانے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے (شکل ۸۹)۔ اگر ناخن جیل کے ساتھ

398



شکل ۸۹۔ اُربی اور فحذی قنالوں کے سطحی نشانات۔

م۔ ف۔ ش۔ حرقہ کا مقدم قناتی شوکہ۔ اندرونی حلقہ = عمیق یا شکی حلقہ۔ خارجی حلقہ = سطحی یا اربی حلقہ۔

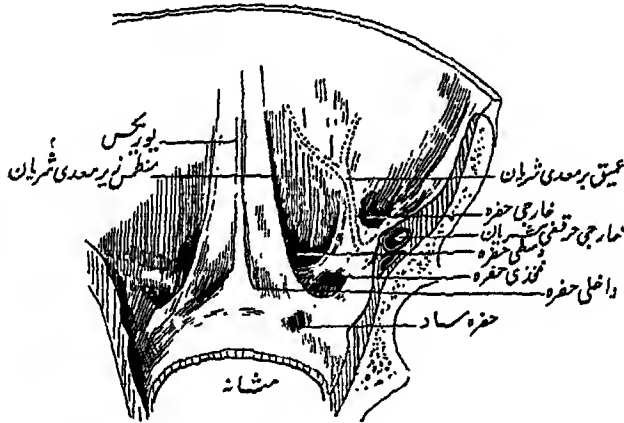
طا کر رکھا جائے تو انگی کی گدی ہے مثلث درز ناف تہ باسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ بالغوں میں معمولی صورت حالات میں اس میں چھٹکی کا صرف سرا ہی جاسکتا ہے۔ اندرونی حلقہ بنفوی یا گول ہوتا ہے اور پوبہ آرٹ کے رباط سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر اور ارتفاق عانہ اور مقدم فوقانی حرقنی شوکہ کے عین وسط میں واقع ہوتا ہے۔ یہ فحذی نقطہ (femoral point) کہلاتا ہے اور یہ



اس مقام کے صین اور واقع ہوتا ہے جہاں فغزی شریان پوپا آرٹ کے رباط کے نیچے سے شکم سے باہر نکلتی ہے (شکل ۸۹)۔

اربی فتق کی دو بڑی قسمیں ہیں جو جدور کم کا اندر کی طرف سے مطالعہ کرنے سے نہایت اجمعی طرح سمجھ میں آسکتی ہیں (شکل ۱۹۰)۔ اس طرف سے یہ دکھائی دے گا کہ باریطون پرین خطنا جود کے نشان پاٹے جاتے ہیں۔ جو (اگر سرسری طور پر کہا جائے) ناف سے لیکر حوضی لگرتک جاتے ہیں۔ ان جود میں سے ایک ناف سے لیکر ارتفاق تک جاتا ہے اور خط وسطی کی متابعت کرتا ہے، یہ یوریکس (urachus) کا

899



شکل ۹۰۔ محلات فتق جیسا کہ یہ دیوار شکم کی اندرونی (باریطونی) جانب سے دکھائی دیتے ہیں۔  
(مرکل : Merkel کے مطابق)

قائم مقام ہے۔ دوسرا جید جو فغزی نقطہ سے لیکر ناف تک ایک خط کھینچنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ استثنائی یا عین برمدی شریان (deep epigastric artery) کا قائم مقام ہے۔ اور ان دونوں کے درمیان اور خط وسطی کی نسبت برمدی عرق سے بہت زیادہ نزدیک ایک خط موجود ہے جو منطیس زیر برمدی شریان سے بنا ہے (شکل ۹۰)۔ ان جود کی وجہ سے باریطون پرین خطنا جود سے ظاہر

ہوتے ہیں۔ ایک خارجی جو برآمدی شریان کے باہر کی طرف ہوتا ہے ایک اندرونی جو لوکریں (urachus) اور زیر معدی شریان کے درمیان ہوتا ہے اور ایک وسطی جو موخر الذکر شریان کے راستہ اور برآمدی تہ کے درمیان واقع ہوتا ہے شکمی حلقہ برآمدی شریان کے عین باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور اسکا محل باریطون میں ایک نشیب کے موجود ہونے سے ظاہر ہوتا ہے (شکل ۹۰)۔ جب کوئی فتن اربی قتال کے تمام طول میں سے گذر جاتا ہے تو یہ موربہ (oblique) یا بالواسطہ (indirect) کہلاتا ہے۔ اس قسم کے فتن کے خلاف وہی ہونگے جو جمل کے ہوتے ہیں۔ یعنی جلد، ردا کی سطحی اور خارجی منوی (میان ستونی جو عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق کے ریشوں سے مشتق ہوتی ہے) اور معلق (عضلہ موربہ داخلہ کی تہ سے) اور اندرونی منوی (قع نما جو مستعرضہ کی ردا سے حاصل ہوتی ہے) تہیں، زیر باریطونی بافت اور باریطون۔

جب فتن تحتانی رمدی (inferior epigastric) شریان کی وسطانی جانب سے اس فضا میں سے نکلتا ہے جو مستقیم برمدی (recto-epigastric) (ہیسل بیک کی Hesselbach's) مثلث کے نام سے موسوم ہے تو اسے فتن بلا واسطہ (direct) کہتے ہیں۔ بلا واسطہ فتن کی دو شکلیں ہو سکتی ہیں۔ ایک میں رودہ مذکورہ بالا وسطی حفرہ میں سے نکل کر آتا ہے اور دوسری میں اندرونی حفرہ میں سے زیر معدی (hypogastric) شریان اور عضلہ مستقیمہ کی بیرونی کور کے درمیان سے باہر آتا ہے۔ وسطی حفرہ اربی یا خارجی حلقہ کے راسی یا بیرونی حصہ کے تقریباً بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فتن نمودار ہوگا وہ قتال اربی میں ترچھے فتن کے داخل ہونے کے مقام سے ذرا نیچے داخل ہوگا اور اسکے خلاف وہی ہونگے جو اس فتن کے ہوتے ہیں۔ اندرونی حفرہ اربی حلقہ کے اندرونی حصہ کا متناظر یا اسکے بالمقابل ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں سے جو فتن ظاہر ہوتا ہے اس کو متحد و تراور معکوس اربی رباط مزاحم آتے ہیں۔ یہ ساختیں یا تو فتن پر سطح تن جاتی ہیں کہ اسکا ایک خلاف بن جاتی ہیں یا مشترک و تر فتن سے منشعب ہو جاتا ہے یا فتن اس سے ایک طرف کو دھکیل دیتا ہے۔ بہر کیف فتن اربی حلقہ میں تقریباً بلا واسطہ گھس آتا ہے۔

بلا واسطہ اربی فتن کا مقابلہ بالواسطہ اربی فتن سے۔ مورب فتن جو

شکمی حلقہ میں داخل ہو جاتا ہے بعض اوقات زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) کے

کسی بقیہ حصہ میں واقع ہوتا ہے اور اس لئے اپنی پیدائش کے لحاظ سے غوی ہوتا ہے مگر بلا واسطہ فتق کبھی خلقی نہیں ہوتا۔ خلقی مورب فتق میں اُربی فتق کے خاکہ اور متعلقہ مختلف حصص کے علاقہ جات میں بہت کم خلل واقع ہوتا ہے اور اس قسم کے اور بلا واسطہ قسم کے فتق میں جو اختلافات ہیں وہ ظاہر ہیں مگر اُربی مورب فتق میں بلا واسطہ قسم کے مقابلہ میں اتنا اختلاف نہیں پایا جاتا جتنے کی کہ امید کی جاتی ہے۔ قبل الذکر فتق میں حصص کے باہر کی طرف متواتر کھینچنے کی وجہ سے شکلی حلقہ اُربی حلقہ کے کم و بیش نزدیک آجاتا ہے اور فتق کے طول اور اسلئے فتق کے ترچھے پن میں بھی معتد بہ کمی واقع ہو جاتی ہے۔ چنانچہ ان دونوں اقسام کے فتق کے محوروں میں ایسے اختلافات نہیں پائے جاتے کہ ان سے ان فتق کی نوعیت فوراً ظاہر ہو جائے لیکن بلا واسطہ فتق ترجیح پر پیچھے جا کر سیدھا بیٹ کے اندر چلا جائے گا اور بلا واسطہ پرانے مریضوں میں بھی خفیف سا مگر محسوس بیرونی رخ اختیار کرے گا۔ بلا واسطہ فتق کی ترجیح کے بعد عضلہ مستقیمہ کی کور روزن کی اندرونی جانب پر باسانی محسوس کی جاسکتی ہے۔ اندرونی فتق دہنہ کے لحاظ سے عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان کا محل وقوع اس کا فیصلہ کرنے کے لئے کیا فتق بلا واسطہ ہے یا بلا واسطہ ایک صحیح ترین معیار ہے۔

401

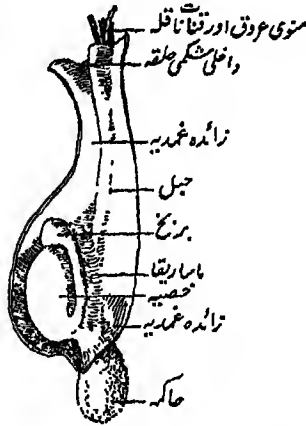
### مورب فتق کے اقسام جن کا انحصار زائدہ غمدیہ کے خلقی نقائص

پر ہوتا ہے۔ نزول خصیہ یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ جنین میں خصیہ گردہ کے خط سے دیوار شکم کے ایک راستے سے صف میں آتا ہے اور یہ راستہ بعد میں اُربی فتق کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔

اس نزول سے پیشتر باریطون کا ایک زائدہ جو زائدہ غمدیہ کے نام سے موسوم ہے صف میں چلا جاتا ہے۔ خصیہ عام طور پر جنینی زندگی کے ساتویں مہینہ میں شکلی حلقہ میں داخل ہوتا ہے اور ٹھوپی مہینہ میں صف میں پہنچ جاتا ہے۔ نزول کے اس عمل کے سمجھنے میں جس کی تحقیق جان ہنٹر (John Hunter) نے تقریباً ۵۰ سال پیشتر کی تھی اکثر غلطی ہوتی ہے۔ حاکم (gubernaculum) (شکل ۹) نامی بافت کی ٹھوس اور بندوق کی گولی کی طرح کی ایک ڈاٹ ہوتی ہے جو خالص عمل نمو کے ذریعہ سے دیوار شکم میں سے کھس کر صف میں چلی جاتی ہے اور اپنے ساتھ باریطون کا ایک کیسکی یا انڈیسپی زائدہ لے آتا ہے۔ لیجاتی ہے جسیں خصیہ اور برنج (epididymis)

402

بند ہوتے ہیں۔ حاکمہ کا زیرین یا نامی سرا سر بیج النکاتر غلیات سے مرکب ہوتا ہے۔ اسکا اوپر کا حصہ جو گلوب صغیر (globus minor) اور صفن کی ماسا ریتقا سے چسپیدہ ہوتا ہے غیر مخطط عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے۔ یہ قرین قیاس ہے کہ حاکمہ کا نامی سرا غیر طبعی حالتوں میں اپنے راستہ سے بھٹک سکتا ہے اور خصیہ کو قضیب کی جہر کی طرف یا باہر کی طرف بن ران میں یا ہچھے کی طرف عجان میں لے جا سکتا ہے جس سے اسکا محل خارج المکرز اور خارج الصفن ہو جاتا ہے۔ ہنٹر (Hunter) کی رائے جسکی تائید ان ثبوتوں سے ہوتی ہے جواب جمع کئے گئے ہیں یہ تھی کہ عمل نزول کی تنظیم خصیہ کے کامل نمو سے اور شائد اسکے اندرونی افراز سے ہوتی ہے۔ لہذا اگر خصیہ غیر مکمل ہو تو نزول بند ہو جاتا ہے اور خصیہ یا تو عقم ہی میں رہ جاتا ہے یا اُربی فنق میں ٹھہر جاتا ہے۔



زائده غمدیہ اکثر پیدائش پر مکمل ہوا ہوتا ہے۔ تین چار ماہ کے بچوں میں بھی یہ ربط ۳۰ تا ۴۰ فیصدی واقعات میں کھلا رہتا ہے۔ زائده غمدیہ کا وہ حصہ جو خصیہ کو محصور کرتے ہوتا ہے طہقہ غمدیہ (tunica vaginalis) بچاتا ہے اور جو متطول انہونی حصہ اسکے اور شکمى حلقہ کے درمیان ہوتا ہے وہ رسنکی زائده (process

funicularis) کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ جس طریقہ سے زائده غمدیہ طہقہ ہو جاتا ہے وہ مندرجہ ذیل ہے :- یہ دو مقامات پر منطس ہو جانا

403

ہے، یعنی یا شکمى حلقہ پر اوپر برزخ کے عین اوپر ایک مقام پر۔ یہ انطاس پہلے پہل بالعموم پسند تر مقام پر شروع ہوتا ہے۔ اگر یہ فرض کر لیا جائے کہ انطاس ان دونوں مقامات پر واقع ہو چکا ہے تو ابھی درمیان کے زائده غمدیہ کی قائم مقام ایک منفرد نلی ہوگی۔ یہ نلی جلد ہی سکڑ جاتی ہے اور سکڑتے سکڑتے ایک جبل کی شکل اختیار کر لیتی ہے جسکی کچھ اہمیت نہیں ہوتی۔ لیکن بعض اوقات

اسکا کچھ حصہ منفتح بھی رہ جاتا ہے اور اگر اس منفتح حصہ میں سیال جمع ہو جائے تو ”جبل کا کیسہ بند قیلہ مائید“ (encysted hydrocele of the cord) پیدا ہو جاتا ہے۔ جہاں تک اسکے بند ہونے کے طریقہ کا تعلق ہے مین واقعات کے طور پر پذیر ہونے کا احتمال ہوتا ہے اور ہر ایک سے ایک خاص قسم کا فتق پیدا ہوتا ہے۔ (۱) ممکن ہے کہ ”زائدہ“ بالکل بند ہی نہ ہو (۲) اور ممکن ہے کہ وہ اوپر کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو (۳) یا صرف نیچے کے حصہ پر ہی بند ہوا ہو۔

۱۔ جب تمام کا تمام زائدہ غمدیہ کھلا ہو تو روہ شکی نظام عضلی کے مضطرب سے صفت میں گھس سکتا ہے۔ اس قسم کی حالت خلقی فتق (congenital hernia) کے نام سے موسوم ہے۔ یہاں پر بے بار لیون کے ایک بڑے سے تاجہ میں پائی جاتی ہے جسکا کھلا دہن شکی حلقہ پر واقع ہوتا ہے ہے خلقی کی اصطلاح مغالطہ انگیز ہے کیونکہ یہ فتق شاذ و نادر ہی پورفت پیداؤں میں موجود ہوتا ہے۔ اگرچہ زندگی کے ابتدائی حصہ میں یہ عام طور پر پایا جاتا ہے۔

۲۔ جب یہ زائدہ صرف شکی حلقہ پر بند ہوتا ہے تو طبقہ غمدیہ جو حد سے زیادہ بڑا ہوتا ہے اس دہن تک پھیلا ہوا پایا جاتا ہے۔ اگر فتق بجائے تو یہ بعض اوقات زائدہ غمدیہ کو منغرد کر دیتا ہے اور یہ فتق صبیانی (infantile) یا کیسہ بند (encysted) فتق کے نام سے موسوم ہے۔ ایسی حالت میں طبقہ غمدیہ تاجہ کے سامنے واقع ہوتا ہے اور اسلئے روہ تک پہنچنے سے بیشتر بار لیون کی مین تہوں کو کاٹنا پڑتا ہے۔ ”صبیانی“ کی اصطلاح اس فتق کے لئے اسلئے مستعمل ہوتی تھی کہ جن واقعات کے متعلق پہلے اطلاع دی گئی تھی وہ شیرخوار بچوں میں پائے گئے تھے۔ ”کیسہ بند“ (encysted) کی اصطلاح کا استعمال اسلئے کیا گیا تھا کہ فتقی تاجہ طبقہ غمدیہ میں بند بھا جاتا تھا۔

۳۔ رستکی زائدہ (funicular process) بعض اوقات شکی حلقہ سے لیکر خصیہ کی چوٹی تک کھلا رہتا ہے اور وہاں ختم ہو جاتا ہے اور طبی طبقہ غمدیہ اس سے اور آگے بھی موجود ہوتا ہے۔ اگر اس زائدہ میں فتق ہو تو یہ رستکی زائدہ کے اندر کا فتق (hernia into the funicular process) کہلاتا ہے۔

اگر مردہ موضوع میں قتال اُربنی کھول دیا جائے اور روہ کے ایک حصہ کو شکم میں سے صفت میں کیسے کیے کی کوشش کی جائے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ ماساریقا کے چھوٹے ہونے کی وجہ سے ایسا نہیں کیا جاسکتا۔ لہذا ہر ایک صفتی فتق کے لئے یہ ضروری ہے کہ ماساریقا لمبی ہو جائے اور

ہمارے پاس جو ثبوت موجود ہیں وہ اس امر پر دلالت کرتے ہیں کہ فتن کے بننے پر یہ قیاسی قیاس ہی ہے۔

فتن کی پیدائش کے سلسلہ میں ایک اور امر پر بھی بحث کرنا ضروری ہے اور وہ شکم کے اندر کا تناؤ یا دباؤ ہے۔ جب مزدور زمین پر سے بھاری وزن اٹھاتا ہے تو شکم کا عضلی نظام زور سے اپنا فعل کرتا ہے جس سے اشتاء مضبوط ہو جاتا ہے اور شکم کے اندر کا دباؤ یا دھک کے ۱۰۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے یا اس سے زیادہ بھی ہو جاتا ہے۔ جب کچھ روتا یا کھانا یا رقص و گداز کے وقت کا کھانا ہے تو دروں شکمی دباؤ دفعہ بڑھ جاتا ہے۔ مضبوط اشتاء دیوار شکم کے کمزور ترین مقامات کی تلاش کرتے ہیں جو شکمی حلقہ اور دوسرے حلقہ جات کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔ عضلہ موربہ داخلہ (internal oblique) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے متحد حصے اشتاء کو شکمی حلقہ میں سے باہر نکلنے سے باز رکھتے ہیں۔ مسٹر جارج چیئن (Mr. George Chiene) نے اس امر کا مشاہدہ کیا ہے کہ جب کسی مریض کو کانکسن کے لئے کہا جاتا ہے تو یہ عضلہ زور سے منقبض ہوتا ہے اور اربی قنال کے اندر داخل کی ہوئی انگلی متحرک و تراور پوارٹ (Poupart) کے رباط کے درمیان پکڑی جاتی ہے۔ جن مردوں کو بھاری بوجھ اٹھانا پڑتا ہے ان میں فتن کی بے کثرت سے پائے جاتے ہیں۔

مخورتوں میں اربی قنال زیادہ چھوٹی اور زیادہ تنگ ہوتی ہے گو مردوں کی نسبت یہ ذرا لمبی ہوتی ہے۔ اس میں رباط مستدیر موجود ہوتا ہے اور یہ اس قدر مزاحمت پیش کرتی ہے کہ اکتسابی اربی فتن مخورتوں میں اتنا ہی نادر الوقوع ہے جتنا کہ یہ مردوں میں کثیر الوقوع ہے۔ ٹوئٹ جنین میں باریک لون کا ایک زائیدہ رباط مستدیر کے ساتھ چھوڑی دو رنگ نیچے آتا ہے یہ مردوں کے زائیدہ غمدیدہ کا تناظر ہوتا ہے اور قنال ناک (canal of Nuck) کہلاتا ہے۔ اگر یہ زائیدہ منقطع رہے جیسا کہ اکثر رہ جاتا ہے تو اس سے ایک فتن پیدا ہو جاتا ہے جو مردوں کے فتن خلیق کا تناظر ہوتا ہے۔ زندگی کے کافی ابتدائی حصہ میں فتن کی تقریباً اربی قسم ہی لڑکیوں میں پائی جاتی ہے بشرطیکہ فتن مریض کو مستثنیٰ قرار دے دیا جائے۔ بیض بھی فتنی تاج کے مشمولات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ کیونکہ نوزائیدہ بچہ میں بیض جھنسی لگ کر کیول سے اوپر واقع ہوتا ہے اور اندر کی شکمی حلقہ کے نسبتہ قریب ہوتا ہے۔ ابتدائی اربی فتن کی ایسی تمام مثالوں میں رودہ منقطع زائیدہ غمدیدہ

میں سے اترتا ہوتا ہے۔

صرف یہ کہنا باقی رہ گیا ہے کہ اُربی فتق کی غمز (taxis) سے ترجیح کرتے وقت ران کو خمیدہ اور مقرب ہونا چاہئے۔ کیونکہ شکم کی جن دیواروں سے اُربی فتق کے حدود بنے ہوتے ہیں وہ اس وضع میں نہایت ڈھیلی ہو جاتی ہیں۔ ران کی یہ وضع اربی خط پر زیادہ تر ان چسپیدگیوں کے ذریعہ سے اثر انداز ہوتی ہے جو دسے عریض (fascia lata) اور اُربی (پوپا رٹ کے) رباط کے درمیان پائی جاتی ہیں۔

**اُربی فتق کے کلی علاج کے لئے تاجہ کو ضرور دیکر دینا چاہئے اور دیوار شکم میں**

جو رخ نہ ہوا اسکی مرمت کر دینا چاہئے۔ پہلا مرحلہ زیادہ ضروری ہے اور بچوں میں اکثر صرف یہی مطلوب ہوتا ہے۔ معمولی عمل میں پوپا رٹ کے رباط کے اندرونی نصف کے متوازی اور اسکے پانچ اوپر ایک شنگاف دیا جاتا ہے سطحی برمعدی اور سطحی خارجی حیائی (pudic) عروق کاٹ کر باندھ دئے جاتے ہیں اور عضلہ موربہ خارجہ کے صفاق میں خارجی حلقہ میں سے شنگاف دے دیا جاتا ہے۔ اسکے بعد جیل کو اٹھالیا جاتا ہے اور اسکے غلافوں میں شنگاف دے کر رما دی کوریوں والا تاجہ شناخت کر لیا جاتا ہے اور اس پر سے تمام غلافات اور جیل کے دوسرے اجزا کا زکے ذریعہ سے قطع کر کے مکمل طور پر اتار لئے جاتے ہیں۔ اسکے بعد اسے کھوکھلے مشمولات سے خالی کر دیا جاتا ہے اور اندرونی شکمی حلقہ پر باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ پھر وتر متحدہ کو جیل کے پیچھے پوپا رٹ کے رباط سے ٹانگ دیا جاتا ہے اور اسکے سامنے عضلہ موربہ خارجہ کے شنگاف کی مرمت کر دی جاتی ہے۔ متحدہ وتر کو رباط مذکور سے ٹانگتے وقت عمداً سوئی کا اوپر سے نیچے کی طرف کو استعمال کرنا چاہئے تاکہ فغذی عروق کے قریب آکر اسکی ٹوک ان سے دور رکھی جاسکے۔ مزید برآں ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا گیا ہے جنہیں عمیق برمعدی (deep epigastric) شریان ہوا دوخت میں شامل کر لی گئی ہے۔ اور پھر قے ہونے وقت قوی عضلی فعل سے کچھ کر خارجی صرقفی (external iliac) سے ٹوٹ کر علیحدہ ہو گئی ہے۔ اس نا اور الوقوع حادثہ سے بچنے کے لئے صرف اس امر کا ہی یقین کرنا ضروری ہے کہ وتر متحدہ موجودہ کی سب سے باہر کی دوخت کی گرفت میں اچھی طرح سے آگیا ہے اور وہ اسکو بالکل منقبت تو نہیں کرتی۔

اگر اندرونی دہنہ پر یا اسکے نزدیک کسی مضیق بند کا کاٹنا ضروری ہو تو بلا واسطہ یا بالواسطہ فتق میں عمیق برآمدی شریان کے متوازی اوپر کی اور اندر کی سمت میں بغیر کسی خطرہ کے شکاف میا جا سکتا ہے۔

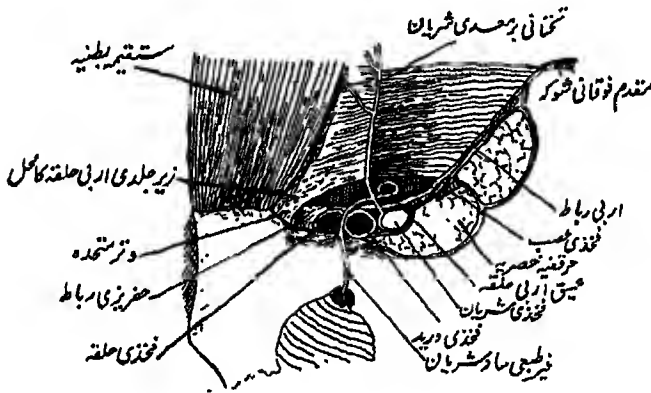
**فخذی فتق (femoral hernia)** - اس قسم کے فتق میں رودہ شکم میں سے فخذی حلقہ

میں سے نکل آتا ہے (شکل ۹۲)۔ اور فخذی قنال میں سے گذر کر ران میں چلا جاتا ہے۔ فخذی حلقہ اور قنال اس تنگ وقفہ کا نام ہے جو فخذی وردہ اور فخذی خلاف کی اندرونی دیوار کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اگر بی قنال کی طرح یہ بھی ایک حقیقی قنال ہونے کی بجائے قنال بالقوہ ہے۔ فخذی قنال قیف نما اور پانچ لمبی ہوتی ہے اور صافنی فتق (saphenous opening) (بیضوی حفرہ fossa ovalis) کے بالمقابل ختم ہو جاتی ہے۔ اگر اگر بی رباطا پرمانی شوکہ اور فخذی نقطہ کے عین وسط پر ایک نقطہ مقرر کیا جائے تو یہ عین فخذی حلقہ کے اوپر واقع ہو گا۔ صافنی فتق کا مرکز اس نقطہ سے پانچ نیچے واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ ۳۹۸)۔ فخذی فتق ہمیشہ آکتابی ہوتے ہیں اور اکھا ایک تاجہ ہوتا ہے جو اس جداری باریطون سے مشتق ہوتا ہے جو فخذی حلقہ اور اسکے قرب وجوار پر پایا جاتا ہے۔ یہ حلقہ محور تون میں مردوں کی نسبت بہت بڑا ہوتا ہے، اسلئے فخذی فتق قبل الذکر میں بہت کثرت سے پایا جاتا ہے۔ چونکہ رودہ کھانسنے یا بھاری وزن اٹھانے یا کانکھنے سے) بار بار ایک ایسے حلقہ پر دہنارہتا ہے جو غیر طبعی طور پر کش دہے، اس لئے یہ باریطون اور باقی فاصل (septum crurale) (یہ نام اس زیر باریطونی بافت کو دیا گیا ہے جو فخذی حلقہ کو پوشیدہ کئے ہوئی ہے) کو اپنے آگے دھکیل کر ایک تاجہ بنا لیتا ہے اور فخذی خلاف میں داخل ہو جاتا ہے جیسے یہ تقریباً پانچ اتر آتا ہے تو اس خلاف کے انضمامات اسکو اور نیچے کی طرف بڑھنے سے روک دیتے ہیں۔ اسلئے یہ صافنی فتق میں سے نکل کر آگے کی طرف کو چل دیتا ہے اور رداشے غریالی کو جو اس فتق کے اوپر ہوتی ہے آگے دھکیل دیتا ہے۔ اسکے بعد یہ ایک خلاف طبعی ردا اور جلد سے بھی حاصل کرتا ہے۔ چونکہ فخذی حلقہ کے ارد گرد کی ساختیں استوار ہوتی ہیں اسلئے تاجہ کی گردن کا ہمیشہ چھوٹا ہونا ضروری ہے۔ ایسے ہی وجوہ کی بنا پر فخذی قنال میں اسکے ابعاد لازمی طور پر بہت ہی کم ہوتے ہیں مگر جب یہ ایک دفعہ صافنی فتق (saphenous opening) میں سے نکل جاتا ہے تو کچھ ران کی ڈھیل ڈھالی زیر جلدی بافت اسکو بڑھنے کا کافی موقع دیتی ہے۔ جب فتق صافنی فتق میں سے نکل چکا ہے تو اس کا میلان



اوپر کی طرف کو اُربی رباط پر سے مقدم فوقانی حرقفی شکوکہ کی سمت میں بڑھنے کی طرف ہوتا ہے اور جب یہ ایک معتدبہ حد تک اس رباط پر پتہ کرکے بھی ہو جاتا ہے تو اسے غلطی سے بھی اُربی رباط بمشکل ہی خیال کیا جاسکتا ہے کیونکہ اسکا عانی شکوکہ کے باہر کی طرف اور پوپا رٹ کے رباط کے نیچے ہمیشہ واقع ہونا لازمی ہے۔ فتقی تاجہ اُربی ردا کی عمیق تھوں (ردائے مکارپا: Scarpa's fascia) سے اوپری ہوتا ہے۔

تعلقات۔ جب فتق فخذی قنال میں پایا جاتا ہے تو اسکے سامنے جلد سطحی ردا،



شکل ۹۲۔ حرقفی حلقہ اور اس کے تعلقات جیسا کہ عمقی یا باریطونی جانب میں سے دکھائی دیتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) کا حرقفی حصہ، ردائے غرابی (fascia cribrosa) اور فخذی خلاف کی مقدم دیوار ہوتی ہے اور اسکے پیچھے فخذی خلاف کی موخر دیوار اور ردائے عریض (fascia lata) کا عانی حصہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور ہڈی ہوتی ہے۔ حرقفی حلقہ کے حدود یہ ہیں۔ سامنے کی طرف اُربی رباط اور فخذی خلاف۔ پیچھے کی طرف ردائے عریض اور عضلہ مشطیہ سے ٹھکٹی ہوئی ہڈی۔ اندر کی طرف وتر مستعدہ، گمبرنٹ (Gimbernath) کا رباط اور عمقی

ساقی صحراب کا اندرونی حصہ باہر کی طرف فخذی ورید جو غلاف کے اندر ہوتی ہے (شکل ۹۲)۔ جل میں (مردوں میں) فخذی حلقہ کے مین اوپر واقع ہوتی ہے اور عمیق بر معدی (deep epigastric) شریان اس کی اوپر کی اور باہر کی حد پر سے گذرتی ہے۔ سات میں سے دو واقعات میں شریان ساد (obturator artery) عمیق بر معدی شریان میں سے نکلتی ہے۔ ۱۰ فیصدی واقعات میں اس قسم کی غیر طبعی شریان ساد صرف حلقہ کی اندر کی طرف سے گذرتی ہے اور تشخیص کے لئے جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انہیں اسکے زخمی ہونے کا خطرہ ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ بقیہ واقعات میں یہ شریان نیچے کی طرف کو آتی ہوئی اس حلقہ کے باہر کی طرف پہنچ جاتی ہے اور بعض اوقات اسکو عبور بھی کرتی ہے (آر۔ کوئین R. Quain: اس حلقہ کے قریب جو عروق پائے جاتے ہیں انکے علاوہ ایک حافی ورید بھی ہوتی ہے جو ورید ساد میں سے جو درقی سوراخ میں ہوتی ہے نکل کر اوپر کی طرف کو جاتی ہے اور خارجی صرقفی (external iliac) ورید میں داخل ہو جاتی ہے۔

فخذی فتال کی جسامت اور اسکے دھنہ پر کے تناؤ کا درجہ جارح کی وضع کے ساتھ ساتھ بہت بدلتا رہتا ہے۔ اگر ان بسلطہ کردگی اور تبعید کی حالت میں ہو اور باہر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ جیسے بہت تنیدہ ہوتے ہیں اور جب جارح خم کردگی اور تقرب کی حالت میں ہو اور اندر کی طرف گردش کئے ہو تو یہ نہایت ڈھیلے ہوتے ہیں۔ لہذا جب نمز (taxis) کے لئے کوشش کی جا رہی ہو تو ران کو موصلاً رکھنا ہی میں رکھنا چاہئے۔

فخذی فتق کے لئے جو عملیہ کیا جاتا ہے اس میں فتق تک پہنچنے کا بہترین راستہ میری (سی۔ سی۔ چوائس کی) رائے میں مندرجہ ذیل وجود کی بنا پر اربی خط میں سے ہے۔ (۱) تاجہ اربی رباط کے اوپر اور نیچے معر کیا جاتا ہے۔ (۲) فتال کا سب سے اوپر کا حصہ آسانی سے بند کیا جاسکتا ہے۔ (۳) حفزیری رباط (lacunar ligament)۔ بخوبی دکھائی دیتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے بخوبی دیکھ کر کاٹا جاسکتا ہے۔ (۴) اگر غیر طبعی شریان ساد موجود ہو تو وہ دکھائی دیتی ہے اور حفزیری رباط کو کاٹتے وقت اسکی حفاظت کیجا سکتی ہے۔ (۵) اور اگر کسی قسم کا اربی فتق بھی موجود ہو تو وہ دریافت کیا جاسکتا ہے اور اسکا تدارک بھی کیا جاسکتا ہے۔

اربی فتال کے اوپر ایک شگاف دیا جاتا ہے اور عضلہ موربہ جارح کا صفاق خارجی شکی حلقہ سے لیکر باہر کی طرف کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ عضلہ موربہ داخلہ اور وتر متحرکہ اور جل منوی کی بازگشتی

اوپر کی طرف کو کر دیجاتی ہے اور حفزری رباط (lacunar ligament) سے اکرا کر لیا جاتا ہے۔ اس رباط سے عین باہر کی طرف کو ردائے مستعرضہ (جو نیچے کی طرف فخذی خلاف کی مقدم سے کہ ساتھ مسلسل ہوتی ہے) تقریباً ۱/۲ انچ تک مستعرضاً کاٹ دیجاتی ہے اور شکاف فخذی دریدہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ختم ہو جاتا ہے۔ اب تاجہ کی گردن نظر آسکتی ہے اور تھوڑی سی کنڈیلج سے منفرد کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد اُربی جلدی شکاف کو باز کشوں کے ذریعہ سے پوپارٹ کے رباط کے نیچے تک کھینچ لیا جاتا ہے۔ سطحی ردا کو کاٹ دیا جاتا ہے اور تاجہ کے قعر کو جو عام طور پر اُس منضم اور موٹی چربی سے ڈھکا ہوتا ہے جو ساقی فاصل اور بیرونی شیمی تہ سے مشتمل ہوتی ہے اکرا کر لیا جاتا ہے۔ اسکے بعد تاجہ کی کنڈیلج ساقی قتال تک بہت اچھی طرح سے کر لیجاتی ہے۔ اکثر واقعات میں اُربی رباط کے اوپر اور نیچے ذرا سی دست ورزی کرنے سے تاجہ کو اس سے اوپر لیجا یا سکتا ہے۔ اسکے بعد اسکو کھول لیا جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے عالی کر لیا جاتا ہے اور باندھ کر کاٹ دیا جاتا ہے۔ اگر فتق کا منہ چوڑا ہو تو بندھی ہوئی گردن کو اس جگہ سے بنایا جاسکتا ہے اور کسی ایسی جگہ کے ساتھ ٹانگے لگا کر سیجا جاسکتا ہے جہاں عضلی دیوار مضبوط ہو لیکن یہ عام طور پر غیر ضروری ہوتا ہے۔ اسکے بعد بالائی فخذی تہ تو تھی سن (Lotheisen) کے عملیہ کے ایک مرمہ طریقہ سے بند کیا جاسکتا ہے۔ اُربی رباط، وژ متقدہ اور عانہ کی سطح کے اوپر کی تمام بافتوں میں سے دو ختمیں گزار دیجاتی ہے۔ اس طرح حرقفی مشطی گردنی رباط (ilio-pectineal ligament) periosteal ligament (کو تیر کا رباط: Cooper's ligament) اور شائد عضلہ مشطیہ (pectineus) کے کچھ ریشے گرفت میں آجاتے ہیں۔ جب ان دو ختموں کو باندھا جاتا ہے تو فتقی سوراخ اچھی طرح سے بند ہو جاتا ہے۔ ان دو ختموں کو گزارنے وقت جراح کو اپنی بائیں انگشت اشاریہ فخذی دریدہ پر رکھنا چاہئے تاکہ یہ اس وقت ضرر سے اور آئندہ نفیض سے محفوظ رکھے بہت عریض دہنہ جات کو اربی رباط کو مشطیہ (pectineus) کے اوپر کی ردا (ردائے عریض کے عالی حصہ) کے ساتھ ران میں ٹانگے لگا کر جوڑنے سے اور بھی زیادہ محکم طور پر بند کیا جاسکتا ہے۔ اگر تاجہ ساقی قتال میں سے مشمولات کے خواص یا انکی جسامت کی وجہ سے نہ گزارا جاسکے تو اسے ران میں کھولا جاسکتا ہے اور دوسرے مشمولات کی ترجیح کرنے کے لئے ثرب کی ایک کافی مقدار کاٹ دیجاتی ہے۔ اگر مشمولات معنوق ہو گئے ہوں تو انکو عام طور پر حفزری رباط (lacunar ligament) کو چاقو سے اوپر کی اور اندر کی طرف دبا کر کاٹ دینے سے آزاد کر دینا چاہئے۔ شادونا دریا بھی ہوتا،

کہ مشمولات پھر بھی حرکت نہ پذیر رہتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں یا تو اربی رباط کو کاٹنا جاسکتا ہے یا اسکی عظمی جھپیدگی کو چھیننے سے علحدہ کیا جاسکتا ہے (ہے گروور: Hey Groves) اور اس ضرر کی تلافی بعد میں ٹانگے یا کیل لگانے سے کر دیا جاتی ہے۔

### ۳۔ فق ساد (obturator hernia)۔ اس قسم میں رودہ باریلون

زیر باریلونی شحم اور عوصی رد اکو اپنے آگے دھکیل لیتا ہے اور قتال ساد میں سے نکل آتا ہے (شکل ۱۰ صفحہ ۳۹۹)۔ اس قتال کا رخ پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور اندر کی طرف کو ہوتا ہے۔ اربی قتال فخذی قتال سے پوٹارٹ کے رباط کے اندرونی حصہ سے علحدہ ہوتی ہے اور فخذی قتال ساد قتال سے عظم عانی کی افقی فرع سے علحدہ ہوتی ہے۔

قتال سے گزر کر فتق بعض اوقات غشائے ساد اور عضلہ سادہ خارجہ (obturator

externus) کے درمیان چلا جاتا ہے اور گہرا رہتا ہے۔ یا بعض اوقات یہ اس عضلہ میں سے یا اسکے اوپر سے نکل آتا ہے۔ اس حالت میں یہ عضلہ مشطیہ (pectineus) اور عضلہ مقسربہ قصیرہ (adductor brevis) سے ڈھکا ہوتا ہے۔ شریان ساد (obturator artery) قاعدہ

ناچ کے خارجی اور موخر حصہ پر ہوتی ہے اور بہت ہی شاذ طور پر یہ اسکے سامنے کی طرف ہوتی ہے۔

عصب ساد (obturator nerve) عام طور پر ناچ کے باہر کی طرف پایا جاتا ہے اور اس کے سامنے کی طرف یہ کثرت واقع ہوتا ہے۔ عصب کے قرب کی وجہ سے اس پر دباؤ پڑنے کا بہت احتمال ہوتا ہے اور اس فتق کا اکثر ایک نمایاں خاصہ یہ ہوتا ہے کہ عصب مذکور کے ساتھ ساتھ درد ہوتا ہے۔ فق عضلہ مشطیہ (pectineus) کے نیچے اور کوٹھے کے کیمہ کے اندر کی طرف فخذی عروق کے پیچھے

411

اور اندر کی طرف اور عضلہ مقربہ طویل (adductor longus) کے وتر کے باہر کی طرف ظاہر ہوتا ہے۔ کوٹھے کے جوڑ کو حرکت دینے پر درد کا پایا جانا بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ عضلہ سادہ خارجہ (obturator externus) ٹان کو جبکہ یہ خفیف سی تبید کی حالت میں ہوا اندر کی طرف گردش دینے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے۔ یہ فتق بہت ہی نادر اور قریح ہے مگر عورتوں میں نسبتاً زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ یہ امر قابل ذکر ہے کہ قتال ساد کے دہنہ کا امتحان کسی حد تک قبل ہی کیا جاسکتا ہے۔

۴۔ فتق کے نادر الوقوع اقسام۔ عجافی فتق (perineal hernia)

میں تاجہ جو جو عضی ڈایا فرام کی شکمی جانب کی ردا (مستقیم متانی ردا: recto-vesical fascia) سے پوشیدہ ہوتا ہے رافع مبرز عضلہ (levator ani) کے سامنے کے ریشوں میں سے غدد قدیمہ

اور معائے مستقیم کے درمیان سے نکلتا ہے۔ ور کی مستقیم فتق (ischio-rectal hernia)

میں بروز ور کی مستقیم جھرو میں واقع ہوتا ہے۔ حیائی فتق (pudendal hernia) میں تاجہ

لب فرج کے موخر اور تحتانی نصف میں پایا جاتا ہے اور ور کی صمودی فرع اور ہبل کے درمیان

سے نکلتا ہے۔ یہ غلطی سے دورہ بھی تصور کیا جا چکا ہے۔ نسائی فتق (sciatic hernia) میں

رودہ بڑے عجمی نسائی کٹاؤں سے اندرونی حرقنی (internal iliac) عروق کے سامنے کی

طرف سے عضلہ کثربہ (pyriformis) کے اوپر یا نیچے سے نکلتا ہے اور عضلہ الویہ کبیر (gluteus

maximus) کے نیچے اگر ظاہر ہو جاتا ہے۔ سری فتق (umbilical hernia) کے متعلق پہلے

جو کچھ کہا جا چکا ہے (صفحہ 385) اسکے علاوہ اور کچھ نہیں کہا جا سکتا سوائے اسکے کہ تاجہ اپنے

محل کے لحاظ سے تقریباً ہمیشہ غرب پر متزل ہوتا ہے اور بعض اوقات اس میں معدہ بھی شامل ہوتا

ہے۔ قطنی فتق (lumbar hernia) میں رودہ عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus

lumborum) کے سامنے سے نکلتا ہے اور پیٹی (Petit) کی مثلث (عضلہ عریفہ ظہریہ اور عضلہ

مورہ خارجہ کا درمیانی وقفہ) میں سے گذر کر سطح پر ظاہر ہو جاتا ہے اور اسلئے یہ حرقنی عرف

(iliac crest) کے بلند ترین مقام کے عین اوپر واقع ہوتا ہے۔ تاجہ لازمی طور پر یا تو قطنی ردا اور

عضلات مورہ داخلہ کو اپنے آگے دھکیل لاتا ہے اور یا (بحالات کثرت) انہیں سے گذر آتا ہے کیونکہ

ان ساختوں سے مثلث مذکور کا فرش بنتا ہے۔ فتق "بالائی قطنی مثلث" میں سے بھی نکل سکتا ہے اور

یہ مثلث ایک وقفہ ہے جو آخری پسلی کے قریب ہوتا ہے اور جہاں عضلہ متعصرہ (transversalis)

کا صفاق صرف عضلہ عریفہ ظہریہ سے ڈھکا ہوتا ہے میکریڈی (Macready) لانسٹ ۸ نومبر

## ڈایا فرامی فتق (diaphragmatic hernia) خلقی بھی ہوتا ہے اور اکتسابی

بھی۔ قبل الذکر قسم نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ ڈایا فرام کے نوک کے صرف ناقص رہ جانے اور صدر اور شکم کے درمیان کے ابتدائی تعلق کے برقرار رہنے سے پیدا ہوتی ہے۔ اس تعلق کا محل اس لٹنی و قحف سے ظاہر ہوتا ہے جو آخری سپلی سے نکلنے والے اور خارجی مہرابی (external arcuate) ربا (جانبی قطنی منطی مہراب: lateral lumbocostal arch) سے نکلنے والے ریشوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ خلقی قسم دائیں جانب پر بہت ہی شاذ طور پر واقع ہوتی ہے۔ کیونکہ جبکہ کانواں اس طرف کے پورائی باریطونی فتحہ کو بند کرتا ہے۔ اکتسابی قسم میں جو بالعموم کسی کچلنے والے حادثہ کا نتیجہ یا زخم کے زخم کا عاقبہ ہوتی ہے ڈایا فرام کسی مقام پر بھی دریدہ ہو سکتا ہے۔ مگر واقعات کی اکثریت میں ضربائیں گنبد میں معدہ کے اوپر موجود ہوتا ہے۔ ایک بالغ موضوع میں جسکی تقطیع ڈاکٹر این پٹرسن (Dr. N. Paterson) نے کی تھی بائیں مراق کے شکمی مشمولات بائیں پورائی کہف میں موجود تھے بائیں گنبد میں ایک بڑا سا وزن تھا۔ یہ حالت زمانہ حیات میں شناخت نہیں کی گئی اور بظاہر اس سے کوئی نمایاں علامات نہیں پیدا ہوئے تھے۔ پھر تشخص ڈایا فرامی فتق کے اس قسم کے واقعات سے قلیل الوقوع نہیں۔ مگر انجام کار تشدد کے علامات کے پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اعضا میں معدہ کا اپنی جگہ سے ٹن نہایت کثیر الوقوع ہے۔ اسکے بعد مستعرض قولون شرب، معائے صغیر طحال، جگر، بلبہ اور گردوں کا نام علی الترتیب آتا ہے۔ بعض اوقات یہ فتق سوراخ برائے مری میں سے گزر جاتا ہے۔ مگر اس سوراخ میں سے یہ کبھی نہیں گذرتا جو وریا جوت (vena cava) کے لئے ہوتا ہے اور نہ یہ فتحہ اور طیبہ (hiatus aorticus) ہی میں سے گزرتا ہے۔ معدہ کا ایک جزوی فتق جو مریوی دہن میں سے گذر جاتا ہے قلیل الوقوع نہیں بلکہ ایسے اچانک (W.A.E. Waller) نے ایک ۱۹ سال کی عورت کو جو ان مردکا واقعہ درج کیا ہے جو تشدد (obstruction) کے مبہم علامات کے ساتھ فوت ہو گیا تھا۔ معدہ مریوی دہن میں نہیں پائیا گیا تھا اور اسکا زیادہ تر حصہ بائیں پورائی کہف میں گذر گیا تھا۔ یہ فتق جن حصوں کو عام طور پر منتخب کرتا ہے وہ انصافی باقت کے

۱۔ مختلف اقسام کے بیان کے لئے دیکھو کیٹھ (Keith) برٹش میڈیکل جرنل ۲۹ اکتوبر ۱۹۱۷ء۔

وہ وقفے ہیں جو آگے کی طرف ڈایا فرام کے قصبی اور ضلعی مبدائوں کے درمیان اور پیچھے کی طرف اسکے فقری اور ضلعی مبدائوں کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ فتوق مردوں میں زیادہ عام ہوتے ہیں۔

### فخذی اور اُربی عطفات - زمانہ حال میں آر۔ ڈبلیو۔ مرسے (R. W. Murray)

نے Murray نے اُس کثرت کی طرف توجہ دلائی ہے جس سے باریطون کے عطفات فخذی اور اُربی قنالوں کے فتحوں پر پائے جاتے ہیں (دیکھو شکل ۹۰ صفحہ ۳۹۹)۔ ۲۰۰ امتحانات بعد الموت میں اسکو ۵۲ فخذی اور ۱۳ اُربی عطفات ملے مگر باوجود اسکے فتق ایک ہی موجود نہ تھا۔ بعض اوقات میں اُربی تاچے زائدہ غمدیہ (processus vaginalis) سے بن جاتے ہیں۔ مگر تمام فخذی قصبے اور غالباً اُربی قصبوں میں سے اکثر مجددور کی اُس لینی بافت کے راستہ دینے سے پیدا ہوتی ہیں جو فخذی اور اندرونی غشی حلقوں پر پائی جاتی ہے۔ ان خطوں میں باریطون ٹپکدار ہوتا ہے اور دیوار شکم سے یہ جھٹی اسقدر ڈھیلی چپکی ہوتی ہے کہ تھوڑے سے درون شکمی دباؤ سے بھی یہ بروز کراتی ہے۔ علاج کے تمام طریقوں میں شکمی اور فخذی حلقوں کے خطہ پر باریطون کا محکم انضمام حاصل کرنے کے لئے زرائع اختیار کرنے چاہئیں۔

## موخر شکمی جلد دوم

(Posterior Abdominal Parietes)

شکم کی جانبی اور موخر دیواروں پر اندر کی طرف مستعرض اور حرقفی دو ردائوں کا استر موجود ہوتا ہے۔ ردائے مستعرض (transversalis fascia) نام عضلہ مستعرضہ کے لئے استر کا کام دیتی ہے۔ پیچھے کی طرف یہ اوپر کی طرف سے زیادہ موٹی ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ اس ردائے لمباتی ہے جو ڈایا فرام کو پوشیدہ کرتی ہے اور پیچھے کی طرف یہ حرقفی حوف اور تمام اُربی رباط سے ہر جگہ پسپیدہ ہوتی ہے سوائے اس مقام کے جہاں یہ فخذی غلاف کی مقدمہ بنانے کے لئے ران میں چلی جاتی ہے۔ حرقفی ردائے (iliac fascia) عضلہ حرقفیہ خصریہ

(ilio-psoas muscle) کو محصور کرتی ہے اور جو حصہ عضلہ خصریہ (psoas) کے اوپر موجود ہوتا ہے وہ زیادہ باریک ہوتا ہے۔ یہ حصہ عجز کی اندرونی جانب پر عمود شوکی سے ان مقامات پر چسپید ہوتا ہے جو عضلہ خصریہ کے مبدائوں کے قناطر ہوتے ہیں۔ اوپر کی طرف یہ اندرونی صحرائی رباط (ligamentum arcuatum internum) (وسطانی قطنی ضلعی محراب medial lumbo-costal arch) سے اور باہر کی طرف قطنی ردا (lumbar fascia) کی مقدمہ عضلہ خصریہ کی بیرونی کور کے ساتھ ساتھ چسپید ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ ردا عضلہ خصریہ (iliacus) کو محصور کرتی ہے اور یہ حرقنی عرف اور حوض کی لگڑ اور اُربی رباط سے سوائے اس مقام کے جہاں یہ نخزی علاف کی موضوع دیوار بنانے کے لئے اس رباط کے نیچے سے گذرتی ہے چپکی ہوتی ہے۔ یہ عضلہ خصریہ خصریہ پر اس کے انتہی تک چلی جاتی ہے اور ردا سے عسر لیض (fascia lata) سے ملکر ختم ہو جاتی ہے۔

ان رباطات کی ترتیب خراج کی ترقی اور اسکے رخ پر بہت اثر انداز ہوتی ہے۔ چنانچہ اگر کوئی خراج ردا سے مستعرض کے نیچے واقع ہو تو اسکا منہ یا تو حرقنی عرف کے یا اُربی رباط کے عین اوپر بنے گا اور یا یہ جبل منوی کے ساتھ ساتھ چلا جائے گا اور قنال اُربی کو متہد کر دیگا۔ حرقنی ردا عضلہ خصریہ کو ایک بہت نمایاں عظمی صفاقی فضا میں بند کئے ہوتی ہے۔ اس ردا اور عضلہ (خاص کر اسکی حرقنی قسمت) کے درمیان ڈھیلی التصالی بافت کافی مقدار میں موجود ہوتی ہے اور اسلئے اس خط میں زیر ردا فی خراجات کو ترقی کرنے کے لئے ہر ایک سہولت مہیا ہوتی ہے۔ یہ عظمی صفاقی فضا شکم میں تقریباً تمام اطراف سے بند ہوتی ہے اور صرف نیچے کی طرف ہی کھلی ہوتی ہے اور یہاں سے یہ ردا عضلہ کے ساتھ ہی ران میں چلی جاتی ہے۔ چونکہ یہ فتحہ اس فضا کے زیر ترین حصہ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اسکا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ خصری (psoas) یا حرقنی (iliac) خراج بالعموم ران کے بالائی حصہ پر نخزی عروق کے عین باہر کی طرف نمودار ہوتا ہے اور نیز اسکا رجحان ان عروق

کے پیچھے چلے جانے کی طرف بھی ہوتا ہے۔ جو خراج حرقنی حفرہ میں واقع ہوتا ہے اس کا زیادہ تر رجحان اگرچہ ران میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے، مگر بعض اوقات یہ اوپر کی طرف فوقانی چسپید گیوں تک بھی چڑھ جاتا ہے اور حرقنی عرف پر یا پوپاٹ کے رباط کے بیرونی حصہ پر نمودار



ہو جاتا ہے۔ با بعض اوقات ایسا بھی ہوتا ہے کہ بالحاظ اندرونی چسپیدگیوں کے یہ حوض میں تجاوز ہو جاتا ہے۔ اگر مریض کو اس تک لپٹے رہنا پڑے تو کوئی وجہ نہیں کہ یہ عضلہ خصریہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو کیوں نہ پھیلے۔

بہتر کیف حرقنی خراج (iliac abscess) کی اصطلاح کا استعمال اکثر پیپ کے ان اجتماعات پر کیا جاتا ہے جو حرقنی ردا سے لپار شدہ فضا کے اندر نہیں ہوتے، بلکہ زیر باریطونی تھلما بافت میں ہی واقع ہوتے ہیں۔ یہ بافت حرقنی حفرہ میں بہت وسیع اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے تاکہ باریطون میں وہ پھیلاؤ پیدا ہو سکے جو احوار، قولون، مثانہ، رحم اور معائے شقیہ کے بھرنے اور خالی ہونے کے لئے لازمی طور پر درکار ہوتا ہے۔ اس میں قیچی مادہ کے بڑے بڑے اجتماعات پیدا ہو جاتے ہیں یا حوض سے شروع ہو کر اس میں پھیل جاتے ہیں۔ پو پارت کے رباط کے اوپر کچھ فاصلہ پر (۱ تا ۲ انچ) زیر مصلی بافت کثیف ہو جاتی ہے اور باریطون مضبوطی سے پیوستہ ہو جاتا ہے۔ اس لئے اس قسم کے خراج حرقنی حفرہ ہی میں رہتے ہیں اور دیوار شکم کو اپنی رباط کے عین اوپر باہر کی طرف کو نکال دیتے ہیں اور یہ اس زاویہ میں واقع ہوتے ہیں جو حرقنی اور مستعر ضعی رداؤں کے اتحاد سے بنتا ہے۔ بعض حالتوں میں ان کا میلان حوض میں پھیل جانے کی طرف ہوتا ہے۔

جب خراج زیر مصلی بافت میں واقع ہوتا ہے تو یہ بعض احوال سے اور خاص کر احوار و حرقنی قولون سے قریبی طور پر متماثل ہوتا ہے اور قولون کے انہی حصوں میں یہ پھٹ جاتا ہے۔ حوض کے اندر کے پس باریطونی خراجات (حوضی خلوی التهاب: pelvic cellulitis) بعض اوقات اوپر پر جملہ کر حرقنی حفرہ میں پہنچ جاتے ہیں اور بطور حرقنی خراجات کے ظاہر ہو جاتے ہیں اور انجام کار شکم کی مقدم دیوار کے زیرین حصوں میں بہت سے نفحات بن جاتے ہیں جن میں سے یہ خالی ہو جاتے ہیں۔

یہ معلوم کر لینا مناسب ہو گا کہ مشترک (common) اور خارجی حرقنی (external iliac) عروق، عروق لفظ اور مابین حرقنی ردا کے باہر واقع ہوتے ہیں اور اس کی شکلی سطح پر متشکل ہوتے ہیں اور مقدم ساقی (anterior crural) اعصاب اور قطنی (lumbar) اعصاب کے شکلی حصے مذکور اعظمی صفاتی فضا کے اندر ہوتے ہیں۔ چنانچہ درون ردا کی خراج

بعض اوقات قراسی مزاحمت کے بعد حرقی عروق کے ساتھ ساتھ ران میں پہنچ جاتا ہے اور بڑوں  
ردائی اجتماع مقدم ساقی (anterior crural) عصب کی متابعت کرتا ہے۔

### خصری خراج (psaos abscess) یعنی وہ خراج جو عضلہ خصریہ

(psaos muscle) کے ردائی خلاف میں پایا جاتا ہے بالعموم عمود فقری کی بوسیدگی سے پیدا  
ہوتا ہے گو اس مرض سے تعلق رکھنے کے بغیر بھی یہ نمودار ہو سکتا ہے۔ اگر عمود فقری کا قطنی حصہ  
ماؤف ہو تو پیپ براہ راست اس عضلہ کے جسم میں داخل ہو جاتی ہے۔ جسے یہ کم و بیش مکمل طور پر  
تباہ کر دیتی ہے۔ اگر مرض عمود فقری کے ٹھری حصہ میں موجود ہو تو مادہ عمود فقری کے سامنے کی جانب کے  
ساتھ ساتھ متجاذب ہو جاتا ہے حتیٰ کہ عضلہ خصریہ کے سروں سے اسکا علاقہ پیدا ہو جاتا ہے اور  
اسے ایک تنگ راستہ سے گزرنا پڑتا ہے۔ اس عضلہ کے ساتھ ساتھ جو پیپ اتڑتی ہے وہ غلام کا  
ران میں پہنچ جاتی ہے اور عروق کے پیچھے سے گزر جاتی ہے اور عام طور پر انکی اندرونی جانب پر  
بن ران کے مین نیچے نمودار ہو جاتی ہے۔

### قطنی خطہ - جن عضلات سے شکم کی جانبی اور موخر دیواریں بنتی ہیں اور جو

حرقی عرف اور سب سے نیچے کی پسلی کے درمیان کے فاصلہ کو پر کرتے ہیں وہ یہ ہیں :- عضلہ موربہ  
خارجہ (external oblique) عضلہ عریضہ ٹھریہ (latissimus dorsi) عضلہ موربہ داخل  
(internal oblique) عضلہ مستعرضہ (transversalis) معہ روائے قطنی (fascia)  
lumborum کے عضلہ ناصبہ شموکیہ (erector spinæ) اور عضلہ قطنیہ موربہ (quadratus  
lumborum)۔ حرقی عرف سے لیکر قریب ترین پسلی (بالعموم گیارھویں) کی نوک تک سمنٹی میٹر  
سے لیکر سمنٹی میٹر تک کا فاصلہ ہوتا ہے اور اوسط فاصلہ ۸، ۴ سمنٹی میٹر یعنی ۲ انچ سے ذرا ہی کم  
ہوتا ہے (Addison: ایڈیسن)۔

عضلہ موربہ خارجہ اور عضلہ عریضہ ٹھریہ نیچے کی طرف ایک مثلث نما وقفہ (پٹی کی شکل)  
کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے علیحدہ ہوتے ہیں مگر اوپر کی طرف ان میں تراکب پایا جاتا ہے۔ یہ وقفہ  
مورتوں میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔ عضلہ ناصبہ شموکیہ (erector spinæ) (عضلہ حجریہ شموکیہ

(sacro-spinalis) کا بیرونی کنارہ قطنی خطہ میں ایک مفید امتیازی نشان کا کام دیتا ہے۔ حرقفہ کے عرف پر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) کا بیرونی کنارہ عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) سے ایک انچ آگے نکل جاتا ہے مگر بارہویں پسلی پر یہ اس عضلہ سے ایک انچ اندر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱ صفحہ 481)۔ پتی (Petit) کی مثلث عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) سے ۲ تا ۳ انچ آگے بڑھ کر یا حرقفی عرف کے وسطی نقطہ کے عین پیچھے ہوتی ہے۔

آخری پسلی اور حرقفی عرف کے درمیان کثیف قطنی ردا (fascia lumborum) تہی ہوتی ہے جو عضلہ مستعرضہ (transversalis) کا موخر صفاق ہے۔ پسلی کے نزدیک اسے آخری بین ضلعی شریان اور عصب، اور حرقفہ کے قریب حرقفی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب اور اسکی رفیق شریان مشتق کرتے ہیں۔ انہی ساختوں کے ساتھ ساتھ خراج بعض حالتوں میں اس ردا میں سے نکل جاتا ہے۔ یہ ردا پیچھے کی طرف تین تہوں میں منقسم ہو جاتی ہے اور اس طرح جو خاص فضا میں منتہی ہیں ان میں عضلہ مربعہ (quadratus) اور عضلہ ناصبہ شوقیہ (erector spinæ) بند ہوتے ہیں۔ وسطی تہ ان دونوں فضاؤں کے درمیان سے گزرتی ہوئی مستعرض زوائد کی ٹوکوں چلی جاتی ہے۔ ان فضاؤں یا خانوں میں تقیم بعض اوقات محدود رہتا ہے۔ جو قطنی خراج کسی ہم پہلو حصہ مثلاً عمود فقری میں یا اس ڈھیلی ڈھالی ہافت میں شروع ہوتا ہے جو گردوں کے ارد گرد ہوتی ہے وہ ردا ئے قطنی (fascia lumborum) یا عضلہ مربعہ (quadratus) کو مشتق کر کے بالعموم پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے۔

## بابت ہفتم باریطون اور غذائی خطہ

باریطون۔ بعض اعضاء مثلاً معدہ، الطحال اور معائے صغیر باریطون سے اتنے قریبی طور پر موصول ہوتے ہیں کہ یہ غشنا انکے زخمی ہونے سے لازمی طور پر اور انکے الہتہاب سے اکثر مآؤف ہو جاتی ہے۔ دوسرے اعضاء مثلاً گردہ، قولون نزولی، بلب و غیرہ زیر مصلی غشنا سے اتنے غیر مل طور پر ڈھکے ہوتے ہیں کہ باریطون بعض اوقات متاثر ہونے سے بچ جاتا ہے۔ مثلاً گردہ کے گرد و نواح میں بڑے بڑے خراج بن سکتے ہیں۔ معائے صغیر کے ثقب میں جو از خود واقع ہو جائے باریطون کا مآؤف ہونا لازمی ہوتا ہے۔ مگر بخلاف اسکے آئنا عشری اور قولون نزولی میں بعض اوقات ایسا ثقب واقع ہوتا ہے جس سے مادہ مصلی غشنا کو خطرناک طور پر متاثر کئے بغیر زیر مصلی بافت میں چلا جاتا ہے۔ جراثیمی سرایت زیادہ آسانی سے واقع ہو جاتی ہے اگر حمل کا مبداء باریطون کی باہر کی جانب کی بجائے اسکی اندر کی جانب پر ہو۔ چنانچہ اس غشنا کی اندرونی جانب پر ذرا سی پیپ کے نکل آنے سے الہتہاب پیدا ہو سکتا ہے مگر اسکی بیرونی سطح بعض اوقات پیپ میں ڈوبی رہتی ہے (جیسا کہ بڑے بڑے گرد کلوئی اور حوضی خراجات میں ہوتا ہے) اور الہتہاب باریطون کے کوئی خاص علامت پیدا نہیں ہوتی۔ ان اثرات کے سمجھنے کے لئے یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ جو عفونی مادہ باریطون کی آؤاد سطح پر موجود ہو اس کے لئے ایک وسیع رقبہ موجود ہوتا ہے جس پر یہ بغیر کسی روک ٹوک کے پھیل سکتا ہے

اور جس سے آسانی منجذب ہو سکتا ہے اور ہم فی الحقیقت اس امر سے آگاہ ہیں کہ سنیاں اشیاء باریطونی کہفہ سے لمبی نظام میں جلد گزر جاتے ہیں۔ کارمین (carmine) کے ذرات اس کہفہ میں اشراب کرنے کے سات منٹ بعد صدری قنات (thoracic duct) میں سیال میں حل ہوتے جاتے ہیں۔ زیر ڈایاٹرامی رقبہ میں انجذاب سریع ترین ہوتا ہے (ڈن بار (Dunbar) اور ریمی (Remy) اور حوض میں کافی آہستہ ہوتا ہے۔ اس لئے التهاب باریطون کی حالتوں کے علاج میں نیم افتادہ (semi-recumbent) وضع (فاؤر کی وضع) مفید ہوتی ہے۔

باریطون ایک معتد بہ جز تک کچھ سکتا ہے بشرطیکہ کچھاؤ صرف تدریجی ہو۔ یہ امر اعصاب کے تدریجی تمدد کے حالات میں مفتوح کی حالت میں تاج کے بننے اور پس باریطونی سلعات کے بڑھنے میں اکثر دیکھا جاتا ہے۔ اس غشا کا فوری کچھاؤ یقیناً انشقاق پیدا کر دیتا ہے۔ جداری باریطون ضرب سے احتیاط کو ضرر پہنچنے کے بغیر بھی پھٹ سکتا ہے۔

ثرب کبیر (great omentum) کے اپنے محل کی وجہ سے زخمی ہونیکا بہت امکان ہوتا ہے۔ پیٹ کی دیوار کے چھوٹے چھوٹے زخموں میں یہ بعض اوقات ایک موثر ڈاٹ کا کام دیتا ہے جو زیادہ اہم ساختوں کے اخراج کو مانع آتی ہے۔ اسکے فعل کی اب تک مکمل طور پر تعین نہیں ہو سکی۔ مگر باریطون کے انجذابی رقبہ کو یہ بلاشبہ وسیع کر دیتا ہے اور اس امر کی بھی شہادت موجود ہے کہ جراثیمی حملہ کی مدافعت کرنے میں یہ مرگرمی سے حصہ لیتا ہے۔ چنانچہ بی۔ ایچ۔ بیسٹن (B. H. Buxton) نے یہ معلوم کیا ہے کہ خرگوشوں میں باریطونی کہفہ میں مسمیہ محرک (typhoid bacilli) کی کاشتوں کا اشراب کرنے کے جلد بعد ثرب کے یک نواقی سفید جیسے ان عصبیات سے بھرے ہوئے پائے گئے۔

ثرب کبیر ایک مختلف الحدود و عرض جامہ پوش کی شکل کا ہوتا ہے۔ اسکا میلان بائیں جانب کو ہوتا ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ یہ میاں معدہ (mesogaster) سے پیدا ہوتا ہے اور بائیں جانب کے فوق میں اسکے بہت کثرت سے شامل ہونے کی توضیح بھی اسی امر سے ہوتی ہے۔ لیکن اسکی آزاد کور کی وسعت حرکت بہت زیادہ ہوتی ہے اور اگر شکم میں کوئی ملتبہ رقبہ موجود ہو تو اسکا میلان اسکی طرف نقل کرنے اور اس سے منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس کا یہ خاص مفید ثابت ہوتا ہے کیونکہ اس قسم کے انضمامات سے ضرر رسیدہ احتیاط کا ٹپکاؤ بند ہو جاتا ہے

اور ہر قسم کے انصباب کا انتشار محدود ہو جاتا ہے۔ جب جراح کسی ایسے خطہ دوخت کو یقینی طور محفوظ بنانے کے لئے جسکے ناقص رہ جانے کا شبہ ہو ثرب کا پیوند لگاتا ہے تو وہ اسکی سرعت انضمام سے استفادہ کرتا ہے۔ مزید برآں ثربی انضمامات بعض اوقات ان اعضا میں دوران خون پیدا کر کے لئے بھی مفید ثابت ہوتے ہیں جن میں طبعی رسد خون مسدود ہو گئی ہو۔ جدید اور کلائی یا فٹہ عروق کے ذریعہ سے منضم ثرب اور ماؤف عضو کے درمیان ایک مناسب نفسم واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض اوقات بعضی سلسلہ میں ہوتا ہے جسکا پانچ بل کہا گیا ہو۔ جب کہبت جگر (hepatic cirrhosis) میں بابی اور نظامی دوران خون میں اتصال پیدا کرنے اور مسدودی جگر کیلئے دوربصر (short circuit) بنانے کے لئے ثرب کو کیر کو دیوار شکم میں مثبت کیا جاتا ہے تو اسی خاصہ سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

لیکن ثربی دامن کا یہ رجحان جو منضم ہو جانے کی طرف ہوتا ہے اگرچہ اکثر مفید ثابت ہوتا ہے مگر بعض اوقات مضر بھی ثابت ہوتا ہے۔ کیونکہ اس سے اسی طرح ثربی بند بن بھی جاتے ہیں جسکے نیچے بعض اوقات رودہ مخنوق ہو جاتا ہے۔ مزید برآں فتن میں مشمولہ ثرب بعض اوقات تاجہ اور دوسرے مشمولات سے اس مضبوطی سے منضم ہو جاتا ہے کہ اسکی ترجیع میں مانع آتا ہے اور بعض اوقات تختیق تک بھی نوبت پہنچ جاتی ہے۔ بعض اوقات اس سے خود رودہ کے ارد گرد ایک قسم کا دوسرا تاجہ بن جاتا ہے (ثرربی تاجہ: omental sac)۔ الہتابی انضمامات کے بعد ثرب میں بعض اوقات درزیں اور سوراخ بن جاتے ہیں اور ان میں رودہ کا جو حصہ چسپس جاتا ہے وہ منجمد ہو جاتا ہے۔

ماساریقا (mesentery) - ماساریقا کی جداری چسپیدگی میں کس قدر اختلاف کا امکان ہوتا ہے۔ جس مقام پر اسکی چسپیدگی اوپر سے شروع ہوتی ہے وہ تقریباً مستقل ہوتا ہے اور اثنا عشری کے اختتام کا منظر ہوتا ہے اور بلبل کے زیرین کنارے کے لیول کے قریب قریب ہوتا ہے۔ اور دوسرے قطنی فقرہ کی مین بائیں جانب پر پایا جاتا ہے (شکل ۹۲)۔ اس مقام سے ماساریقا کی چسپیدگی ایک ترچھے خط کی متابعت کرتی ہے جو نیچے کی دائیں طرف کو جاتا ہے اور بڑے ترچھے عروق کو محور کر کے کس قدر غیر متعین طریقہ سے دائیں طرف حرقفی حفرہ میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۱)۔ ماساریقا کی جداری چسپیدگی کا طول عام طور پر تقریباً ۴ انچ ہوتا ہے۔ اسکی آخری چسپیدگی سے اس امر کا پتہ چلتا ہے کہ جب شکم میں ماساریقا کی دائیں جانب پر انصباب پیدا ہوتا ہے تو سیال پہلے دائیں حرقفی حفرہ کا رخ کرتا ہے اور جب یہ اسکی بائیں جانب پر پیدا ہوتا ہے تو پہلے حوض میں جاتا ہے۔

ماساریقا کا طول عمود شوکی سے لیکر امعاء تک اسکے مختلف حصوں میں مختلف ہوتا ہے۔  
 اوسط طول ۸ انچ ہوتا ہے۔ اسکا طویل ترین حصہ وہ ہے جو امعاء کی ان گنڈیوں کو جاتا ہے جو  
 اثنا عشری سے ۶ فٹ کے فاصلہ سے لیکر ۱۱ فٹ کے فاصلہ کے اندر اندر واقع ہوتی ہیں۔ (ٹریويز  
 Treves) لہذا یہ گنڈیاں امعاء کے ۵ فٹ پر مشتمل ہوتی ہیں اور یہاں ماساریقا کا طول ۱۰ انچ  
 تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ گنڈیاں ہمیشہ حوض میں رہتی ہیں اور باسانی مفتوح ہو جاتی ہیں۔ اگر کسی بالغ  
 کے نازہ جسم کو جس میں احشاء اور باریلون لمبی ہو کھولا جائے تو معائے صغیر کے جنبہ کا فخذ قنالی  
 (جو مصنوعی طور پر کلاں کر لی گئی ہو) میں سے صغیر کران میں لے آنا یا اربی قنالی میں سے صغیر کر صحن  
 میں لے آنا نامکن ہوتا ہے۔ اور یہ ایک حقیقت ہے کہ شکم کے کسی حصہ میں سے کوئی بھی گنڈی اُس  
 افقی خط کے نیچے جو عظم مانہ کے ٹوکہ کے لیول پر کھینچا گیا ہو شکم میں سے باہر نہیں کھینچی جاسکتی۔  
 لہذا یہ ظاہر ہے کہ فخذی اور صغیر قنالی میں ماساریقا لازمی طور پر یا تو منقطع ہو جاتی ہے اور یا اسکی  
 چسپیدگی نیچے آ جاتی ہے۔

ماساریقا میں بعض اوقات کچھ سوراخ بھی پائے جاتے ہیں جن میں معاف حق ہو چکی ہے۔  
 ان سوراخوں میں سے بعض اور نامکروہ جو درزوں کی طرح کے ہوتے ہیں تفر سے پیدا ہوتے ہیں۔  
 اور بعض دباؤ کی وجہ سے ماساریقا کے منجذب ہو جانے سے یا اسکے کسی غلطي نقص سے پیدا ہوتے ہیں۔  
 ماساریقا کی غیر مکمل چسپیدگیوں کے واقعات کا اندراج اکثر کیا جا چکا ہے۔ لہذا بتلائی  
 چسپیدگی فوقانی ماساریقی (superior mesenteric) شریان کی ابتدا پر ہوتی ہے اور اس  
 مقام سے جنبی زندگی کے دوران میں باریلونی انقسام یا تنبیت کا ایک عمل پھیل کر دائیں حرقی  
 حفرہ تک چلا جاتا ہے۔ اگر یہ عمل مکمل طور پر بند ہو جائے تو تمام معاف فوقانی ماساریقی شریان کے گرد  
 گھوم جاتی ہے، جس سے رودہ کا تسدو پیدا ہو جاتا ہے اور اگر ماساریقا کا صرف دایرین حصہ ہی چسپیدہ  
 رہے تو لفائی (ileum) کے دایرین اور معائے کبیر کے ابتدائی حصہ میں گردش واقع ہو جاتی ہے۔  
 جس سے تسدو پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ باریلونی انضمامات یا بندوں کی

لے دیکھو آدمی کی معوی قنالی اور اسکے باریلون کی تشریح (The Anatomy of the Intestinal Canal

and Peritoneum in Man) - لنڈن ۱۸۸۷ء۔

دو قسمیں ہوتی ہیں۔ ایک وہ جو جنینی زندگی کے دوران میں پیدا ہوتے ہیں جبکہ ماساریقا اور امعاء کی چسپیدگی شکم کی موخو دیوار سے جاری ہوتی ہے (نموی انفصامات) اور ایک وہ جو آئندہ زندگی میں مرض کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (امراضیاتی انفصامات)۔

### باریطونی فضا میں اور ربطات۔ باریطون کی ترتیب کی وجہ سے کہنہ شکم متعدد

بالقوہ فضاؤں پر منقسم ہے جو بعض معین ربطوں یا راستوں کے ذریعہ سے ایک دوسرے سے ملی ہوئی ہیں۔ جو غذائی مشمولات یا پیپ یا خون باریطونی کہنہ میں بہ آتے ہیں انکا رجحان ان فضاؤں میں سے بعض میں جمع ہو جانے اور انکے بھرنے کے بعد قرب وجوار کی فضاؤں کی طرف ان سمتوں میں تنگی وضاحت بخوبی کیجا چکی ہے چلے جانے کی طرف ہوتا ہے بعض بولفین کو باریطون کی اس ترتیب اور ایک ٹک کی پن ڈھالوں (watersheds) میں ایک مشابہت نظر آتی ہے۔ اسلئے ان بالقوہ فضاؤں اور راستوں کو بعض اوقات "باریطون کی پن ڈھالوں" کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے۔ انہیں سے بڑی بڑی فضا میں ہیں۔ (۱) "ناپہ صغیر" (lesser sac)۔ یہ تاجہ ونسلو (Winslow) کے سوراخ کے ذریعہ سے (۲) زیر جگری فضا (subhepatic space) سے ربط رکھتا ہے۔ یہ فضا اوپر کی طرف جگر کی زیرین سطح اور نیچے کی طرف اثنا عشری اور قولون کے کبدی عوجہ (hepatic flexure) اور مستعرض ماساریقا کے قولون اور دائیں گردہ اور دائیں ضلعی قولونی رباط سے محدود ہوتی ہے (نسل ۹۳)۔ (۳) دائیں زیر ڈایا فرامی فضا (right subphrenic space) جو ڈایا فرام اور جگر کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ خط وسطی کی طرف درانتی شکل (falciform) اور اگیلی (coronary) ربطات سے محدود ہوتی ہے اور نیچے کی طرف یہ زیر جگری فضا میں کھلتی ہے۔ (۴) بائیں زیر ڈایا فرامی فضا (left subphrenic space) اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف جگر کے بائیں نختہ اور معدہ کے درمیان ہوتی ہے۔ اپنی متناظر دائیں فضا سے یہ درانتی شکل رباط کے ذریعہ سے ملحدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی طرف یہ (۵) گرد محالی فضا (perisplenic space) سے ربط رکھتی ہے۔ یہ فضا نیچے کی طرف طالی عوجہ (splenic flexure) اور اسکی ماساریقا اور بائیں ضلعی قولونی رباط اور بائیں گردے سے محدود ہوتی ہے۔ یہ پانچ فضا میں شکم کے فوق ثربی خطہ (supra-omental region) میں واقع ہوتی ہیں۔ اور مستعرض ماساریقا کے قولون سے



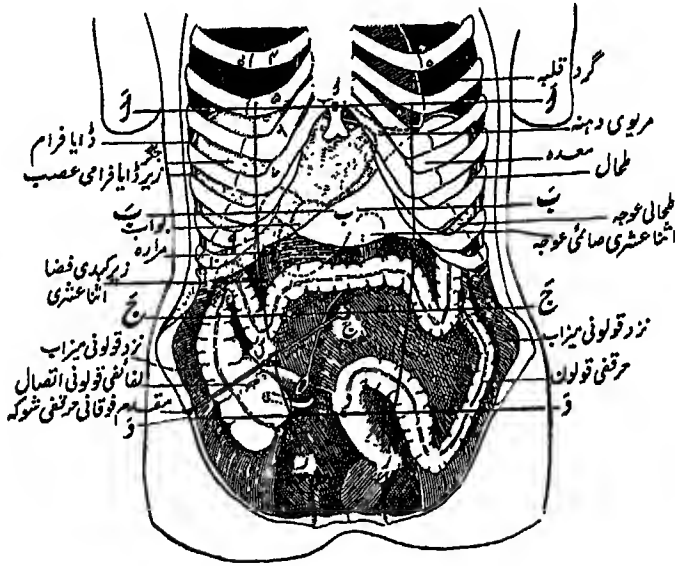
اور ہوتی ہیں مستعرض ماساریقائے قولون (transverse mesocolon) کے نیچے دو فضا میں  
 ہوتی ہیں جن میں طبعی حالتوں میں معائے صغیر موجود ہوتی ہے۔ ان میں سے ایک (۶) دائیں تختانی  
 ثربی (right infra-omental) ہے جو اوپر کی جانب تعرض ماساریقائے قولون سے اور  
 نیچے کی اور بائیں طرف اثنا عشری صامی اتصال (duodeno-jejunal junction) اور  
 ماساریقائے جڑ سے محدود ہوتی ہے۔ اور ایک (۷) بائیں تختانی ثربی (left infra-omental)  
 ہے جو اوپر کی طرف تعرض ماساریقائے قولون سے محدود ہوتی ہے اور دائیں فضا سے یہ اثنا عشری  
 صامی اتصال اور معائے صغیر کی ماساریقائے عظمیہ ہوتی ہے۔ (۸) ایک فضا جو باقی رہ گئی ہے  
 حوض میں واقع ہوتی ہے یہ حوضوں میں مستقیم رجمی (recto-uterine) اور مردوں میں مستقیم متانی  
 (recto-vesical) کہلاتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی فضاؤں کے درمیان صرف تعرض ماساریقائے  
 قولون کے دونوں سروں پر ہی ربط پائے جاتے ہیں۔

ریکبندی فضاؤں کے بیش بہاؤ کا میلان نیچے کو اس میز اب کی طرف ہوتا ہے جو قولون  
 مسعودی کی باہر کی جانب کو ہوتا ہے (دایاں خارجی نزد قولونی میز اسب right external  
 paracolic groove: یہ بیش بہاؤ اس میز اب میں سے حوضی حفرہ میں پہنچ جاتا ہے اور حوضی حفرہ  
 میں سے یہ حوضی فضا میں چلا جاتا ہے۔ حوض میں سے یہ بعض اوقات بائیں تختانی ثربی جیب کی طرف  
 اوپر چڑھ جاتا ہے اور وہاں سے سیال مادہ بائیں خارجی نزد قولونی میز اسب کی طرف جاسکتا ہے  
 اور یہاں سے ہوتا ہوا گردطالی فضا میں پہنچ سکتا ہے۔ اس بیان میں برنارڈ (Barnard) والیس  
 (Wallace) ہاکس (Box) جینکنس (Jenkins) اور نیارڈ سمتھ (Maynard Smith) کی تصانیف کی متابعت کی گئی ہے۔

شکلی احتشاء کی سطحی نشاندہی - شکل ۹۳ میں اوسط آدمی میں احتشاء کا طبعی محل  
 دکھایا گیا ہے اور شکل ۹۴ احتشاء کی اس وضع کو ظاہر کرتی ہے جو وہ استرخاء کے احتشاء  
 (visceroptosis) (گلینارڈ کے مرض: Glenard's disease) کی بہت نمایاں حالت  
 میں اختیار کر لیتے ہیں۔ اس قسم کی حالتوں کا خاصکر لاشعا عوں کی مدد سے مطالعہ کرنے سے یہ معلوم

ہوتا ہے کہ شکلی مشمولات کے طبی محل کو ظاہر کرنے کے لئے ایک صحیح اور سادہ طریقہ کی بڑی ضرورت ہے۔  
 اشتاء کی بالائی حد قفسی یعنی (sterno-ensiform) رقصی تنجری (sterno-xiphoid) نقطہ  
 اور خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاسکتی ہے۔ قفسی سیفی نقطہ (sterno-ensiform point) کا محل  
 عضلی غضروفوں کے راتوں جوڑ کے منتہی کے نیچے ایک نمایاں انخفاض سے ظاہر ہوتا ہے۔ قفسی سیفی خط  
 اس نقطہ پر سے جسم پر متعصنا کھینچا جاتا ہے اور اگر صدر طبعی شکل کا ہو تو اسے عضلی غضروفوں کے

424



شکل ۹۳ شکلی اشتاء کے اوسط محل وقوع کو معدہ انکے سطحی نشانات کے ظاہر کرتی ہے۔

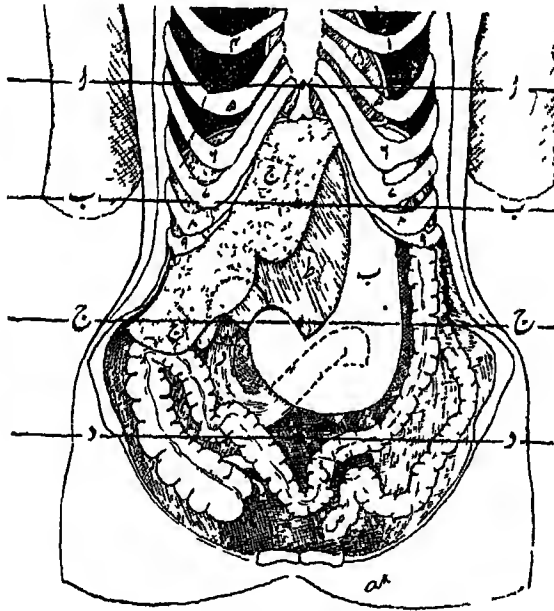
(ایڈیسن : Addison کے مطابق)۔

ا قفسی سیفی نقطہ۔ و کو قفسی سیفی خط۔ ب۔ وسطی زیر معدی نقطہ۔ ب۔ وسطی زیر معدی یا بجڑ بواب خط۔ ج۔ رتہ نقطہ۔  
 ج۔ رتہ خط۔ د۔ وسطی زیر معدی نقطہ۔ ک۔ د۔ وسطی زیر معدی خط۔ س۔ داییں اور بائیں عضلات شقیہ لٹنیہ کا  
 بیرونی کنارہ۔ س۔ نقطہ مترو۔ عضلہ شقیہ لٹنیہ کے بیرونی کنارہ پر داییں شوکی سری خط پر۔

پانچویں جوڑ پر سے گرنا چاہیئے۔ ڈایا فرام کا دایاں گنبد کھڑے ہونے کی حالت میں اس خط تک پہنچتا ہے

بایاں گنبد اس سے تقریباً ۱/۲ انچ نیچا ہوتا ہے۔ جت لیٹنے کی حالت میں یہ گنبد نصف انچ اور اوپر کو چلا جاتا ہے۔ مرکزی و قوسی یعنی نقطہ سے ۱/۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ استرخائے احشاء میں ڈایا خرام کے گنبد اور ان کے اندر کے احشاء نیچے اتر جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اپنے حملات سے ۱/۲ انچ یا اس سے زائد فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں (شکل ۹۴)۔ وسطی برمعدی (mid-epigastric) نقطہ خط ایفیس پرنسری او

425



شکل ۹۴ احشاء کے محل کو استرخائے احشاء کی حالت میں ظاہر کرتی ہے۔

۱۔ و قوسی یعنی خط۔ یہ پانچویں ضلعی غضروف سے اوپر اور پرگزرتا ہے۔ ب۔ ب۔ وسطی برمعدی خط۔ ج۔ ج۔ سسری خط۔  
 ۵۔ ۵۔ وسطی زیرمعدی خط۔ و۔ و۔ گرد قلب۔ ب۔ ب۔ معدہ (جو بہت ہی متغیر اور متغیر ہے)۔ ج۔ ج۔ جگر۔ د۔ د۔ اثنا عشری۔  
 ۶۔ ۶۔ احور۔ من سے تفرع قولون۔ ص۔ ص۔ معائستہ تقیم۔ ط۔ ط۔ متغیر معدی کبدی ثرب۔

قوسی سسری نقطوں کے عین درمیان مقرر کیا جاتا ہے۔ وسطی برمعدی خط (mid-epigastric line)

(ایڈیسن کا غیر البواب توی) جسم پر سے اس نقطہ کو کاٹنا ہوا گذرتا ہے۔ یہ یواب اور لبلبہ اور اثنا عشر کی ابتدا اور اسکے اعتتام کے لیول کو ظاہر کرتا ہے۔ استرخائے احشاء میں یہ احشاء نیچے کی طرف اترتے اترتے خط عشری تک پہنچ جاتے ہیں (شکل ۹۲)۔ سری خط (umbilical line) ناف پر سے کھینچا جاتا ہے اور یہ عام طور پر حرقی عرفوں کے بلند ترین مقامات کے ذریعے سے گذرتا ہے مستعرض قولون اور اثنا عشری شکم کو اس خط سے اوپر اور عبور کرتے ہیں اور ط کی تقسیم اسکے نیچے ہوتی ہے۔ استرخائے احشاء میں مستعرض قولون معدہ کا بواب حصہ اور اثنا عشری خط عشری سے کافی نیچے اتر آتے ہیں (شکل ۹۲)۔ وسطی زیر معدی نقطہ (mid-hypogastric point) خط ایما پر ناف اور ارتفاق عاز کے مین وسط پر مقرر کیا جاتا ہے۔ یہ مجر کے لطف (promontory) سے تقریباً ۱۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ وسطی زیر معدی خط (mid-hypogastric line) بائیں بن ران میں حرقی قولون کو اور دائیں بن ران میں اعور کے قعر کو عبور کرتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ بطنیہ کا بیرونی کنارہ (خط ہلالی: lineae semilunaris) بھی مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ جس مقام پر یہ دائیں جانب پر ضلعی حاشیہ کو کاٹتا ہے (دایاں ضلعی مستقیمہ نقطہ) وہاں مرارہ واقع ہوتا ہے۔ بائیں جانب پر معدہ کا انحٹائے کبیر زیر معدہ میں سے اس نقطہ پر باہر آجاتا ہے (شکل ۹۳)۔ اگر ناف سے لیکر دائیں قدم فوقانی حرقی شکم تک ایک خط کھینچا جائے (شکوئی فٹری خط - spino-umbilical line) تو یہ حرقی اعوری خط کے لئے مفید رہنما کا کام دیتا ہے۔ نقطہ منزو (Monro's point) اسی خط پر عضلہ مستقیمہ بطنیہ کے بیرونی کنارہ پر واقع ہوتا ہے۔ لفافنی اعوری سورخ نقطہ منزو (Monro) کی دائیں طرف شکم کی سری خط کے مین نیچے واقع ہوتا ہے۔ معائے کبیر کی بعض عام امراضیاتی حالتوں میں اور جرووی یا مکمل استرخائے احشاء کے تمام واقعات میں لفافنی اعوری اتصال حوض کی لگر کی طرف ٹل جاتا ہے۔

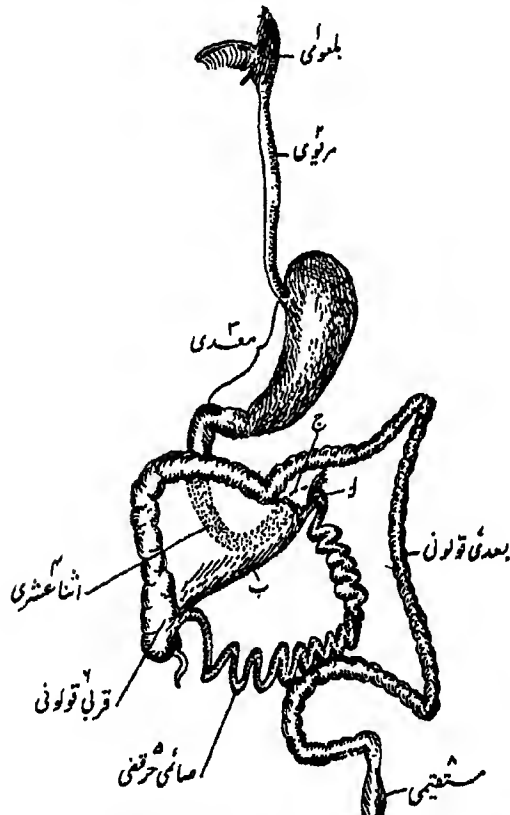
احشاء اپنے اپنے محل پر شکم کی عضلی دیواروں کے فعل اور باریطیانی چینیہ گیوں اور عرق پانچوں کے ذریعہ برقرار رہتے ہیں۔ مگر ان ساختوں میں سے اہم ترین ساختیں عضلات ہیں۔ عضلات موربہ خارجہ و داخلہ، عضلہ مستعرضہ، عضلہ مستقیمہ بطنیہ (rectus abdominis) ڈایا فرام اور عضلہ رافع مبرز (levator ani)۔ یہ اپنے انقباض یا کش سے احشاء کو ایک دوسرے پر

دبا ئے رکھتے ہیں۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اوپر کے احشاء کا وزن نیچے کے احشاء پر پڑتا ہے اور چت لیٹنے کے بعد سیدھا کھڑے ہو جانے پر زندہ جسم میں اوپر کے احشاء اور ڈایا فرام (لاشعاعو کی مدد سے) ۱/۲ انچ یا اس سے زائد نیچے اترتے ہوئے دکھائی دیتے ہیں۔ جب شکم کے عضلات اور اسکی دیواروں کو کاٹ کر مردہ کو سیدھا کھڑا کر دیا جاتا ہے تو تمام احشاء ۲ انچ یا اس سے زائد نیچے گر جاتے ہیں۔ باریطونی رابطات، انکاسات، خروب اور ساریقیائیں صرف درجہ حرکت ہی کو محدود کرتی ہیں۔ احشاء آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتے ہیں تاکہ ڈایا فرام کا وسیع تنفسی فعل واقع ہو سکے۔ باریطونی سہاروں کے علاوہ احشاء کے دوسرے سہارے بھی ہیں جو عروق اور انکے اتصالی بافت کے غلافات سے بنتے ہیں۔ مثلاً جگر کی چسپیدگی ڈایا فرام سے تختانی وریڈ (inferior vena cava) کے ذریعہ سے اور گردوں اور معائے صفیر کی کوخ دیوار شکم سے انکے اپنے اپنے عروق کے ذریعہ سے۔ جب دیوار شکم کے عضلات کا فعل معطل ہو جاتا ہے تو صرف اس وقت ہی باریطونی اور عرقی سہاروں پر کچھ نہ کچھ بار یا وزن پڑتا ہے۔

### غذائی خطہ کا میرکانیسم نقل۔ یہ امر ہرگز فراموش نہ کرنا چاہئے کہ زندہ غذائی

غذا کو منہ سے لیکر مریز تک، ایک پیچدار راستہ میں سے جسکا طول اوسط درجہ کے بالغ آدمی میں تقریباً ۲۹ فٹ ہوتا ہے، منتقل کرنے کا ایک میرکانیسم ہے۔ اس خط میں غذا کے داخل ہونے کے وقت سے فضلہ کے خارج ہونے تک اسکا عضلی نظام (طولانی اور مدور طبقات) غذا پر اپنے تصرفات کرتا رہتا ہے اور اسے منضبط رکھتا ہے، اور نیز اسے آگے کی طرف کو دھکیلتا ہے۔ معین الاوقات افعال کا ایک پیچیدہ سلسلہ غذا کو اس خطہ کے ایک حصہ سے دوسرے حصہ میں بزور دھکیل کر لیجاتا ہے جن میں سے ہر ایک میں ہضم اور جذب کے بعض اعمال سرانجام پاتے ہیں۔ یہ بالکل ظاہر ہے کہ ایسے کثیر الازدحام شارع پر باقاعدہ نقل و حمل کے لئے ایک ایسا اعلیٰ و اکمل اشارتی انسدادی نظام (signal block system) ہونا چاہئے جیسا کہ ہم روزانہ ریل کے محکمہ نقل و حمل میں دیکھتے ہیں۔ جب ہم غذائی خطہ کی اس قسم کی تصویر پر نظر ڈالتے ہیں جیسی کہ صفحہ 428 (شکل ۹۵) پر دیکھی ہے تو ہمیں یہ دکھائی دیتا ہے کہ یہ خطہ چند حصوں میں منقسم ہے۔ ہر ایک حصہ اپنے بعد کے حصہ سے عاصری نقطہ یا خط سے علحدہ ہے۔ سب سے پہلا تقریباً ۱۰ انچ لمبا مریوی حصہ ہے اور بلعومی خطہ سے یہ زیریں بلعومی

یا بالائی مریوی عاصرو علیحدہ ہے اور معدی حصہ سے یہ زیرین مریوی یا قلبی عاصرو سے علیحدہ ہے۔ ان عاصری نقاط میں سے ہر ایک پر غذا عارضی طور پر ٹھہر جاتی ہے اور اس کا نقل منظم ہو جاتا ہے۔



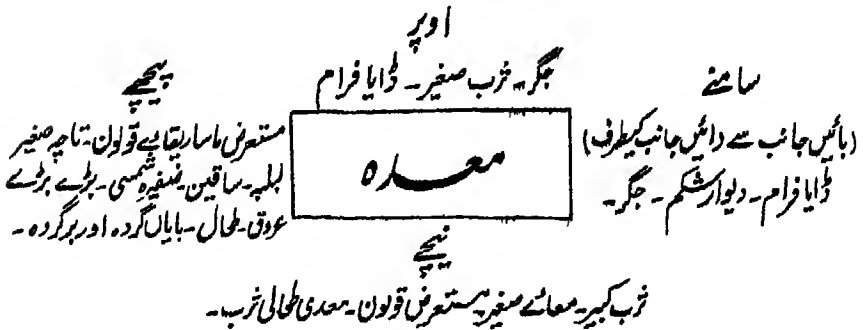
شکل ۹۵ غذائی خطہ کے حصوں اور عاصری نقاط کو ظاہر کرتی ہے (مؤخر الذکر سرخ بنائے گئے ہیں)۔

ا۔ ج۔ ج۔ باریلوئی مشکن جن میں سے تائیتی اور اششائی عصبی ریشے گزر کر خطہ کے اہم مقامات کو جاتے ہیں۔

بعدی حصہ قلبی عاصرو سے لیکر بوابی عاصرو تک پھیلا ہوا ہے۔ یہ خاصہ ہمیشہ اختلاف پذیر ہوتا ہے مگر اسکا طول اوسطاً ۴ تا ۶ انچ تک بیان کیا جاسکتا ہے۔ بوابی عاصرو غذا کو طعیر لیتا ہے اور اس کے گزریں باقاعدگی پذیر کرتا ہے۔ اسکے بعد آٹنا عشری حصہ ہے جو ۱۰ یا ۱۲ انچ لمبا ہے۔ لاشعاعو سے مشابہت کرنے پر آٹنا عشری کے تیسرے یا آخری حصہ میں ایک آٹنا عشری عاصری میکا نیہ ظاہر ہوتا ہے جو بعض امراض یا کیفیئتوں میں خاص طور پر فعال ہوتا ہے۔ اسکے بعد اب طویل لفاغنی صافی (ileo-jejunal) خیطہ آتا ہے جو ڈیسیلی حالت میں ۲۵ فٹ لمبا ہوتا ہے اور تھوڑے ہی عرصہ بعد منقبض ہو کر صرف ۵ فٹ ہی رہ جاتا ہے۔ یہ حصہ لفاغنی اعجوری عاصرو (ileo-caecal sphincter) پر ختم ہوتا ہے جو صائغی کے مشمولات کے گزرنے کو اجازت کی طرف ہوتا ہے منظم بناتا ہے۔ اسکے بعد قریبی قولونی حصہ آتا ہے جس میں اعجور، زائمدہ، قولون صعودی اور قولون مستعرض کا قریبی ثلث شامل ہیں۔ جہاں پر ایک عاصری میکا نیہ ہوتا ہے۔ پھر وسطی قولونی خیطہ (mid-colic tract) ہے جو قولونی مشمولات کے قولون کے قریبی حصہ میں سے بعدی حصہ میں گزرنے کو منظم بناتا ہے۔ بعدی قولونی خیطہ جو تقریباً ۳ فٹ لمبا ہوتا ہے اور قریبی خیطہ کے دو چند طول سے زیادہ ہوتا ہے مستقیم قولونی عاصری خیطہ (recto-colic sphincteric tract) پر عوضی قولون اور معائے ستقیم کے مقام اتصال پر ختم ہو جاتا ہے۔ معائے ستقیم جو تقریباً ۸ انچ لمبی ہوتی ہے اندرونی عاصرو پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ ایک حصہ میں تاخیر واقع ہونے سے دوسرے حصوں کے فعل میں خلل آجانا چاہئے اور ایسا ہی پایا گیا ہے۔

ان حصوں میں سے ہر ایک کے عضلی نظام میں عضلہ قلب کی طرح متوازن انقباض کی ایک فطری قوت پیدا ہوتی ہے۔ ہر ایک حصہ کی رفتار انقباض اپنی اپنی ہوتی ہے اور یہ ست ہوتی ہے۔ معدہ کی ۶ تا ۸ فی منٹ ہے۔ انقباض کی موجیں آہستہ آہستہ تقریباً فی سکینڈ انچ کی رفتار سے آگے بڑھتی ہیں۔ انقباض کی موجیں جیسا کہ قلب میں ہوتا ہے سب سے زیادہ تحریک پذیر مقامات پر شروع ہوتی ہیں۔ سب سے زیادہ تحریک پذیر نقاط ہمیشہ قطعہ کے قریبی سرے پر واقع ہوتے ہیں اور اس کے نیچے کے حصوں میں تحریک پذیری کم ہوتی جاتی ہے۔ اس لئے موجیں طبعی طور پر مبرز کی طرف کو جاتی ہیں، اسوائے وسطی قولونی عاصری خیطہ (mid-colic sphincteric tract) کے جہاں محرکات دودھ کے خلاف اعجور کی طرف کو جانی والی موجیں

پیدا ہو سکتی ہیں اور پیدا ہو بھی جاتی ہیں۔ ضد حرکت دودی غیر طبعی حالتوں میں ہر ایک حصہ کے ہر ایک مقام میں اس مقام کی تحریک پذیری کو زیادہ کرنے سے پیدا کی جاسکتی ہے۔  
 یہ بالکل لامرہہ کہ کوئی ایسا میکانیہ ضرور موجود ہے جو ہمیشہ کام کرتا رہتا ہے اور مختلف قطعات کے افعال کو منظم اور منسق رکھتا ہے۔ مثال کے طور پر ہمیں یہ معلوم ہے کہ جب معدی حصہ کھانا کھانے کے بعد کام کرنے لگتا ہے تو ساتھ ہی لفائفی کے بعدی حصہ کا فعل بھی شروع ہو جاتا ہے اور ہمیں اس امر کا علم بھی ہے کہ جب اعمو لاندہ یا قربی قولون کا کوئی مرض موجود ہوتا ہے تو لفائفی اعموی عاصرو کے انقباض کی وجہ سے لفائفی کے زیرین حصہ میں رکود واقع ہو جاتا ہے اور معدی اور افشاغی حصوں کا فعل مختل اور سست ہو جاتا ہے۔ ایسے نتائج ان تمام اعصاب کو جو نخاع متعلیل اور جیل شوکی سے نکلتے ہیں۔ اعصاب تائیٹلہری مشاہد کی اور حوضی اعصاب۔ کاٹنے کے بعد تجربہ جیل کئے جاسکتے ہیں۔ یہ تعلات مرکز میکانیہ سے نہیں بلکہ محیطی میکانیہ سے پیدا ہوتے ہیں جو محیطی عصبی فیفیروں اور نیز ان کے متعلقہ فیفیروں اور بالخصوص عصبی معوی (myenteric) (آر باکسٹ کے Auerbach's) فیفیروں میں موجود ہوتا ہے۔ یہ فیفیرو اس خطہ کے ہیرونی یا طولانی اور اندرونی یا مدور طبقات کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ ہم یہ جانتے ہیں کہ مرکزی عصبی نظام اس خطہ کے حرکی نظام پر تائیمی مشارکی اور حوضی برادریشوں کے ذریعہ سے اثر ڈال سکتا ہے اور ڈالتا بھی ہے لیکن انہی یہ قوت بلا واسطہ عمل میں نہیں آتی بلکہ اس محیطی نظام کے واسطے سے عمل میں آتی ہے جو اس خطہ کی دیوار میں واقع ہوتا ہے۔ ان عمومی اصولوں کو مستقلاً ذہن نشین رکھنے کے بعد اب ہم مختلف ساختوں پر زیادہ صحیح تشریحی معنوں میں بحث کر سکتے ہیں جو زیادہ مفید ثابت ہوگی۔  
 معده۔ اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں:-





معدہ پیچے کی طرف باریطون کے تاجہ منفرہ پر ٹنگن ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ معدی قروح تاجہ منفرہ کو شاذ و نادر ہی فشتب کرتے ہیں اور جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو معدہ کے شمولات صرف سوراخ وینسلو (foramen of Winslow) ہی میں سے باہر نکل سکتے ہیں اور شکم کے کھولنے پر ممکن ہے کہ دکھائی نہ دیں۔ یہ تاجہ ثرب کبیر ہر معدے کے انحنائے کبیر پر مخلاف دینے سے کھولا جاتا ہے۔

معدہ کے دونوں سرے اس کے مثبت ترین مقامات ہوتے ہیں۔ قلبی سرا ڈایا فرام سے مری، ڈیسیلی گرد مریوی بافت اور باریطون کے معدی ڈایا فرامی انوکھاسات کے ذریعہ سے ڈھیلے طور پر مثبت ہوتا ہے۔ بوابی سرا جگر اور موخر دیوار شکم سے معدی ڈایا فرامی ثرب اور شکمی محور (ceeliac axis) کی کبدی شاخ اور اس عرق کے ارد گرد کی بافت سے مثبت ہوتا ہے۔ معدہ کو ڈایا فرام اور صدری احتشاء سے جو قویٰ تعلق ہے اس سے سانس پھولنے اور ممکن الوقوع اختلاج قلب وغیرہ کی بھی جو بعض اوقات اس عضو کے نمد سے پیدا ہو جاتا ہے کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے (شکل ۹۲)۔ اس واقعہ سے قلب کا معدہ سے بہت قریب ہونا ظاہر ہوتا ہے۔ پروٹس سپائیٹوزا (Prunus spinosa) کا ایک پلہ ایچ لمبا کاٹنا نکل لیا گیا تھا اور یہ بعد کو ڈایا فرام اور گرد قلب میں سے گزر کر دائیں بلیٹن کی دیوار اور اس کے کہنہ میں پہنچ گیا تھا۔

432

مری ڈایا فرام کو خط وسطی کے ذرا بائیں جانب پر فشتب کرتی ہے اور معدہ کے قلبی دمنہ پر بائیں ساتویں مناسی غصروف کے (نہنائی ایک انچ سے ۳ تا ۴ انچ کی گہرائی پر ختم ہو جاتی ہے۔ بوابی دمنہ (pyloric orifice) جو سوائے اس وقت کے جب کہ معدہ کے شمولات اثنا عشری میں جاتے ہیں مستقل طور پر بند رہتا ہے مردہ جسم میں وسطی بر معدی ستوی پر اور خط ابیض سے تقریباً ۱ انچ دائیں طرف واقع ہوتا ہے۔ مگر زندہ اجسام میں اور خاص کر کھڑے ہونے کی حالت میں اس کا محل اور نیچے ہوتا ہے اور یہ خط ابیض کی ذرا دائیں جانب پر اور ناف سے تقریباً ۲ انچ اوپر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۲)۔ چونکہ بواب جگر کے مربع لختہ (quadrate lobe) کے نیچے واقع ہوتا ہے اور مستعرض شتقاق (transverse fissure) (باب: porta) سے معدی کبدی ثرب کے ذریعہ سے بستہ ہوتا ہے اس لئے یہ جگر کی کلانی اور اسکی غیر وضیعت سے اپنے محل سے لازمی طور پر ٹٹل جاتا ہے۔ اسٹرنائے احتشاء (visceroptosis) میں یہ بعض اوقات تری خط تک نیچے اتر جاتا ہے (شکل ۹۴)۔

انحنائے صغیر طبعی طور پر جگر سے متزاہک ہوتا ہے۔ اور معدی کبدی ثرب پوشیدہ ہوتا ہے (شکل ۹۳)۔ مگر جب معدہ مسطح یا منتطیل ہو جاتا ہے یا نیچے اتر جاتا ہے تو انحنائے صغیر اور معدی کبدی ثرب معاً ہو جاتے ہیں (شکل ۹۴)۔ اگر قلبی دہنہ کے محل سے (جو ساتویں بائیں ضلعی غضروف پر قص سے) انج کے فاصلہ پر ہوتا ہے) بواب کے محل تک (جو بر معدی نقطہ اور دائیں ضلعی حاشیہ کے عین درمیان واقع ہوتا ہے) ایک خمیدہ خط کھینچا جائے تو یہ انحنائے صغیر کے طبعی محل کو ظاہر کرے گا۔ انحنائے صغیر اگرچہ معدی کبدی ثرب کی پسیدگی کی وجہ سے مقابلہ مثبت ہوتا ہے مگر انحنائے کبیر آزادانہ طور پر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ اسکا محل معدہ کے پُر یا خالی یا منقبض یا مرنخی ہونے کے لحاظ سے بدلتا رہتا ہے۔ انحنائے کبیر کا اختلاف پذیر محل جیسا کہ زندہ موضوع میں دکھائی دیتا ہے ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات کے مطابق شکل ۹۶ میں دکھایا گیا ہے۔ جب مریض کھڑا ہوتا ہے تو انحنائے کبیر ناف تک یا اس کے نیچے اتر آتا ہے اور لیٹنے کی حالت میں انحنائے کبیر ناف سے ایک انج اور اس سے زیادہ اوپر ہوتا ہے۔ معدہ کے سادہ اتساع سے انحنائے کبیر نیچے چلا جاتا ہے اور انحنائے صغیر کے محل میں تبدیلی واقع نہیں ہوتی۔ استرخائے معدہ میں دونوں انحنائے اتر جاتے ہیں۔ مگر اتساع کے ہمیشہ موجود ہونے کی وجہ سے انحنائے کبیر زیادہ نیچے چلا جاتا ہے (شکل ۹۷)۔ استرخا (ptosis) میں انحنائوں کی وضع زیادہ انتصابی ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔ بوابی ضیق سے جو اتساع پیدا ہوتا ہے وہ بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ معدہ عائد تک نیچے اتر آتا ہے۔

433

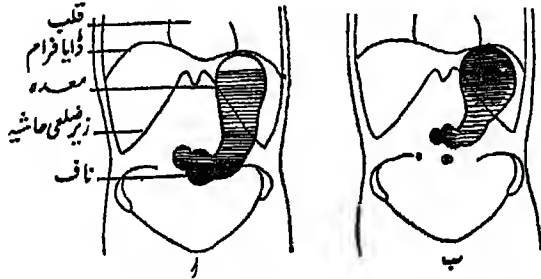
یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ تندرست آدمیوں میں بھی معدہ کی شکل اور اس کا محل دونوں مختلف ہوتے ہیں۔ ۶۰ نوجوان آدمیوں میں بھی جو تندرست تھے ڈاکٹر ایکن نیوٹن (Dr. Alan Newton) نے یہ معلوم کیا کہ ۱۹ میں انحنائے کبیر ناف کے بالقابل یا اس سے اوپر تھا اور ۴۱ میں یہ اس سے نیچے تھا اور بعض واقعات میں تو اس سے بہت ہی نیچے چلا گیا تھا۔ تندرست آدمیوں میں معدہ بعض اوقات بچوں کی طرح زیادہ حد تک بر معدی خطہ تک ہی محدود ہوتا ہے یا زیر حد خطہ تک بھی چلا جاتا ہے جیسا کہ معر اشخاص میں ہوتا ہے۔

بواب طبعی حالت میں بند رہتا ہے۔ اور کھلے ہونے کی حالت میں اس میں انجھشت اشاریہ چلی جانی چاہئے۔ مگر اسکی تنگی کے باوجود بہت سے ایسے واقعات دیکھنے میں آئے ہیں جن میں بڑی بڑی چیزیں مثلاً پینل کا خول کھانے کا کاٹھا اور دروازہ کی چابی بھی اس میں سے گزر گئی ہیں۔ بوابی ضیق

بعض اوقات سن شیرخوارگی میں پایا جاتا ہے اور یہ ریٹھیٹ کے عملیہ (Rammstedt's operation) سے جس میں غشاء مخاطی کو ضرر پہنچانے کے بغیر عضلہ عامرہ تقسیم کر دیا جاتا ہے رفع کیا جاسکتا ہے۔ تین ماہ کے طبعی بچہ میں عضلہ عامرہ کی مدوریت بواب پر ۱ تا ۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔ اور قنال بواب کے ساتھ یہ ۲۵ ملی میٹر (۱ انچ) تک جاتی ہے۔ اگر یہ دبازت ۳ ملی میٹر سے زائد ہو تو عامرہ کو بیش پروردہ تصور کیا جاسکتا ہے (ایل میکے کے: L. MacKey)۔ عامرہ اس وقت طبعی طور پر ڈھیلا ہوجاتا ہے جبکہ معدہ سے خارج شدہ کیبوس کی تعدیل اثنا عشری میں ہو چکی ہے۔ اثنا عشری کی ترشی حالت عامرہ کے ڈھیلا پن کو مانع آتی ہے۔

معدہ کی شکل کا انحصار بہت سی حالتوں پر ہے۔ یعنی اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت پر، گردنوں کے اعضا کے دباؤ پر اور اسکی پڑی کے درجہ پر۔ زمانہ حیات میں اسکے قلبی اور بوابی حصے دوران ہضم میں اپنا اپنا فضل مختلف طور پر کرتے ہیں۔ قلبی حصہ میں جبکی وضع انتہائی ہوتی ہے

434



شکل ۹۶۔ مریض کے معدہ کا شعلہ نگاری خاکہ جسکو بیروٹم دار غذا دی گئی ہے۔  
(ہرسٹ: Hurst کے مطابق)

۱۔ کٹریے ہونے کی حالت میں۔ ب۔ افقی حالت میں۔

اور جو اس عضو کے دو تہائی حصہ پر مشتمل ہے زیادہ تر تنشی (tonic) انقباض واقع ہوتا ہے اور

حرکی دودی القباض واقع نہیں ہوتا۔ بوابی حصہ میں جبکی شکل انہوبی اور وضع انتصابی ہوتی ہے دوران خیم میں حرکی دودی موجیں متواتر منتقلی رہتی ہیں۔ یہ موجیں بوابی قسمت کے ساتھ ساتھ آٹھ عشری کی طرف تیزی سے جاتی ہیں اور جس مقام سے یہ شروع ہوتی ہیں وہ موت کے بعد اکثر منقبض پایا جاتا ہے اور اس مشاہدہ سے یہ خیال پیدا ہوا ہے کہ قلبی اور بوابی عاملت ایک وسطی معدی عامرہ سے ملحدہ ہوتے ہیں۔ جب غذا نگل لی جاتی ہے تو یہ فوراً بوابی حصہ میں پہنچ جاتی ہے اور جب زیادہ غذا کھائی جاتی ہے تو معدہ کے دونوں حصے پُر ہو جاتے ہیں (Hurst) اور بارکلی (Barclay) معدہ کے قعر میں جو ڈایا فرام کے بائیں گنبد میں واقع ہوتا ہے معدہ کی آرام کرنے کی اور فعال حالتوں میں ہمیشہ ہوا موجود ہوتی ہے۔ ہوا کی اس معدی گدی سے ڈایا فرام کا بایاں گنبد عین اسی طرح متمد ہو جاتا ہے جس طرح کہ اسکا دایاں گنبد جگر کے انحداب سے اوپر اٹھا ہوتا ہے۔ ہوا کی معدی گدی ڈایا فرام کے طبعی فعل کے لئے لازمی ہے۔ ہوا کی مقدار دوران صحت میں منظم رہتی ہے اور مرضی حالتوں میں اس منظم میکانیہ کے تباہ ہو جانے کا اندیشہ ہوتا ہے اور تمد پیدا ہو جاتا ہے۔ خالی ہونے پر معدہ یا تو حالت انقباض میں ہوتا ہے اور یا حالت انکماش میں۔ اگر حالت انقباض میں ہو تو بر معدہ کے کھولنے پر یہ بالعموم مستعرض قزولوں سے پوشیدہ پایا جاتا ہے اور سامنے نظر نہیں آتا۔

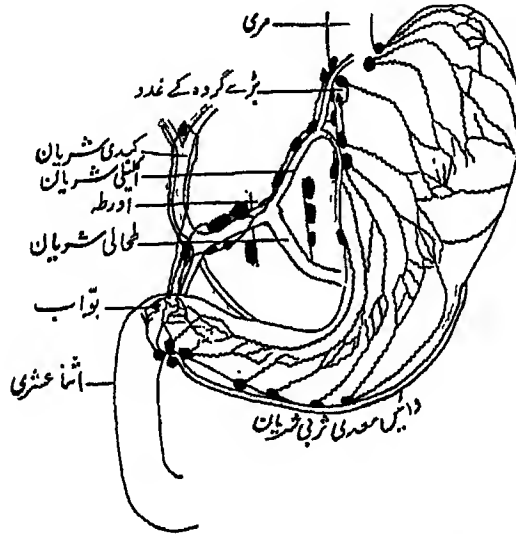
435

### معدہ کے عروق لطف۔ معدہ میں عروق لطف کی رسد بافراط موجود ہوتی ہے

یہ مخاطی طبقہ میں سے شروع ہوتے ہیں اور زیر مخاطی اور عضلی طبقات میں ضغیرے بناتے ہیں جنہیں سے برآر عروق نکل کر ان غدہ میں چلے جاتے ہیں جو انحنائے صغیر و کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ ان عروق کے ذریعہ سے معدہ کے ابتدائی سرطان پھیلتے ہیں اور اسلئے ان کے تعلقات جراحیاتی نقطہ نظر سے اہم ہیں۔ معدہ سے جو غدہ تعلق رکھتے ہیں انہی تقسیم شکل ۷۹ میں ظاہر کی گئی ہے۔ سب سے بڑا گردہ۔ اکیلیسی (coronary)۔ مریوی دہنہ کے قریب اور انحنائے صغیر کے ساتھ ساتھ واقع ہے۔ اس گردہ کے درآر عروق شکل ۷۹ میں ظاہر کئے گئے ہیں اور اس کے برآر عروق اکیلیسی (coronary) شریان کے ساتھ ساتھ فوق البی گردہ میں چلے جاتے ہیں جو تاچہ صغیر کے پیچھے اور اس مقام کے قریب ہی واقع ہوتا ہے جہاں شنگی محور (coeliac axis)

اور ط میں سے نکلتا ہے۔ زیر بوابی گروہ (subpyloric group) بواب کے نیچے اور اس کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس میں درآر عروق ان غدو سے جو انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں (دائیں معدی ثربی) اور نیز بواب اور اثنا عشری سے آتے ہیں۔ اسکے برآر عروق کبدی (hepatic) ثریان کے ساتھ ساتھ فوق لیلپی گروہ (suprapancreatic group) میں جاتے ہیں اور بعض فوقانی ماساریتی (superior mesenteric) گروہ میں بھی ختم ہوتے ہیں

436



شکل ۹۷ لیمفی غدو کے وہ گروہ جو معدہ سے تعلق رکھتے ہیں۔ (پروفیسر جے۔ کیمپبیس : J.K. Jamieson اور مسٹر جے۔ ایف ڈوبسن : J.F. Dobson)۔

جو فوقانی ماساریتی ثریان کے منبع پر واقع ہوتا ہے زیر بوابی گروہ کے برآر عروق میں جگہ سے آنے والے عروق لیمفی ملتے ہیں (شکل ۹۷)۔ (جیمپبیس : Jamieson اور ڈوبسن : Dobson)۔

معدہ کی رسد خون۔ چونکہ اب مرض کی وجہ سے بعض اوقات معدہ کے بڑے بڑے

جسے قطع کر دے جاتے ہیں۔ اسلئے عروق کے محل کا اور انکے ان تعلقات کا جو باریطونی شکلوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں صحیح صحیح علم ہونا ضروری ہے۔

اکلیلی (coronary) (بی۔ این۔ بائیں معدی شریان کی محور (coeliac axis) سے نکلتی ہے اور انحنائے صغیر کے قلبی سرے تک معدی کبدی ثرب کی بائیں کور میں سے ہوتی ہوئی پہنچتی ہے۔ نیچے کی اور آگے کی اور دائیں طرف کو مڑ کر یہ اس انحناء کے ساتھ ساتھ سے گزرتی ہے اور کبدی شریان کی بوابی (pyloric) (دائیں معدی) شاخ سے تنہم کرتی ہے جو انحناء صغیر تک معدی کبدی ثرب کی دونوں تہوں میں سے گزر کر پہنچتی ہے۔ اسلئے اس ثرب کے دائیں اور بائیں حاشیوں میں عروق ہوتے ہیں۔ گرد میں فی حصہ تقریباً بغیر خون کے ہوتا ہے اور تاجہ صغیر کو کھولنے کے لئے آسانی سے کاٹا جاسکتا ہے۔ انحنائے کبیر کو مندرجہ ذیل شریانیں رسد پہنچاتی ہیں۔ (ا) عروق قصیر (vasa-brevia) (انکی تعداد چار یا پانچ ہوتی ہے) جو یا تو طحالی شریان کے سرے سے یا اسکی انتہائی شاخوں میں سے کسی ایک سے نکلتے ہیں اور معدی طحالی رباط کے تہوں سے گزر کر انحناء کبیر کے بائیں سرے کو چلے جاتے ہیں۔ یہ مریوی (cesophageal) اور اکلیلی (coronary) شریان اور بائیں معدی ثربی (left gastric epiploic) شریانوں سے منہم کرتے ہیں۔ (ب) بائیں معدی ثربی شریان طحالی شریان کے سامنے کی طرف سے اسکے سرے کے پاس سے نکلتی ہے اور معدی طحالی رباط میں سے ہو کر معدہ تک پہنچ جاتی ہے اور دائیں سے بائیں طرف تک انحنائے کبیر کے ساتھ ساتھ معدی قولونی رباط کے شکلوں میں سے بڑھتی چلی جاتی ہے۔ دائیں جانب پر معدہ کی دونوں سطحوں کو بہت سی شاخیں پہنچانے کے بعد جن پر سے یہ اسکے طویل محور سے مستتر نما گذرتی ہیں یہ دائیں معدی ثربی شریانوں سے تنہم کرتی ہے۔ (ج) معدی اثنا عشری (gastro-duodenal) شریان کبدی سے اثنا عشری کے عین اوپر سے نکلتی ہے اور اس کے پہلے حصے کے پیچھے سے اور لبلبہ کی گردن اور اثنا عشری کے درمیان سے ہو کر نیچے کی طرف کو چلی جاتی ہے اور فوقانی لبلبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) اور دائیں معدی ثربی شاخوں میں تقسیم ہو کر اثنا عشری کے پہلے حصہ کے زیرین کنارہ پر ختم ہو جاتی ہے۔ موصوٰلہ ذکر ایک بڑا عرق ہے جو معدی قولونی ثرب کے پرتوں میں سے گزر کر دائیں طرف سے بائیں طرف کو جاتا ہے اور معدہ کی دونوں دیواروں کو شاخیں پہنچاتا ہے جو ان پر سے

مستحقاً گذرتی ہیں اور یہ بائیں معدی ثربی شریان <sup>۱</sup> اور کثیم ہو جاتا ہے۔  
 معدی علیہ جات میں زف کو قابو میں پانے کے سلسلہ میں اس امر کا ذکر کر دینا چاہیے  
 کہ وسطی قولونی شریان کو بے احتیاطی سے اس مقام پر جہاں یہ مستعرض ماسا ریفائے قولون میں  
 تاجہ صغیر کے پیچھے واقع ہوتی ہے ضرر پہنچ چکا ہے۔ اگر معدی کبدی اور معدی قولونی ثروب  
 میں سے تاجہ صغیر کو پہلے ہی کھول لیا جائے اور گانر کی <sup>۲</sup> یا ہاتھ ٹھونس دیا جائے تو یہ حادثہ  
 وقوع میں نہیں آتا۔

**معدہ کے زخم**۔ معدہ کو تضریر پہنچنے کا نتیجہ اکثر حالتوں میں یہ ہوتا ہے کہ  
 موت جلد واقع ہو جاتی ہے۔ کیونکہ اس عضو کے مشمولات ہا ریٹونی کہنے میں نکل آتے ہیں اور  
 حادثہ التاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے۔ لہذا وہ واقعات جن میں موت یقینی طور پر اور جلد واقع  
 ہوتی ہے وہ ہوتے ہیں جن میں وقوع حادثہ پر معدہ غذا سے بھر ہو۔ معدہ کے چھوٹے سے کچے دار  
 زخم سے اسکے مشمولات کا باہر نکلنا ضروری نہیں کیونکہ غشائے مخاطی جو ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے  
 بعض اوقات زخم میں سے نکل آتی ہے اور اس میں ایک عہدہ لٹا لگا دیتی ہے۔ جنگ بوری  
 (Boer War) اور جنگ عظیم میں اکثر اوقات اسکی مثالیں دیکھنے میں آئی ہیں جن میں یہ  
 حشا موزر (Mauser) گولی سے متغلب ہو گیا تھا۔ چند واقعات میں معدہ کے سامنے کی شکم  
 کی دیوار زخمی ہو گئی تھی اور یہ حشا بروز کر آیا تھا اور اسکی مقدم دیوار بھی اسی تضریر سے  
 زخمی ہو گئی تھی جس سے جدور متغلب ہوئے تھے اور ایک ناسپوری توجہ کہفہ معدہ میں  
 کھلتا تھا پیدا ہو گیا تھا۔ اس قسم کے واقعات کی بہترین مثال ایکس سینٹ مارٹن  
 (Alexis St. Martin) کا مشہور و معروف واقعہ ہے جس پر بہت سے فعلیاتی تجربات  
 کئے گئے تھے۔ اس آدمی میں معدہ کے سامنے کے جدور شکم گولی سے دریدہ ہو گئے تھے۔ معدہ کی  
 مقدم دیوار کے کچھ حصہ میں اغنات واقع ہو گیا تھا اور ایک مستقل ناسور پیدا ہو گیا تھا۔

معدہ پر جو عملیہ جات کئے جاتے ہیں انکی وسعت اور انکا تفرع اس قدر بڑھ گیا ہے کہ  
 اس قسم کی چھوٹی سی کتاب میں ان پر بحث کرنا نامکن ہے اور مطالعہ کنندہ کو عملیتی جراحی کی  
 کتابوں کو دیکھنے کا مشورہ دینا چاہئے۔ مگر چند امور کا جو تشریحی نقطہ نگاہ سے دلچسپ ہیں مختصراً  
 ذکر کیا جاسکتا ہے۔ اگرچہ یہ صحیح ہے کہ معدہ کا صرف ناچو شیدہ حصہ ہی ایک مثلث سے ظاہر

کیا جاسکتا ہے جو دائیں طرف جگر سے اور بائیں طرف آٹھویں اور نویں ضلعی غضروفوں سے اور نیچے کی طرف ایک افقی خط سے جو دسویں ضلعی غضروفوں کے سروں پر سے گھینچا جاتا ہے محدود ہوتا ہے مگر معدہ تک بلا واسطہ رسائی ضروری نہیں ہوتی اور اکثر جراح اس تک دائیں نزد وسطی شکاف میں سے پہنچنے کو ترجیح دیتے ہیں (دیکھو صفحہ 389)۔ اس قسم کے فتح میں سے منظر اچھی طرح دکھائی دیتا ہے اور دیوار شکم کو ضرر نہیں پہنچتا۔ ایسے موقعوں پر جوئے معدی تغویہ (gastrostomy) کے نسبتاً بہت کم ہوتے ہیں اور جن میں اس حشا کے قلبی سرے تک پہنچنا مقصود ہوتا ہے بایاں نزد وسطی شکاف بنایا جاسکتا ہے۔ عضلہ مستقیمہ کے اندرونی نصف میں ایک چھوٹا سا شکاف دیکر اس میں سے معدہ کی دیوار کی ایک نلی باہر نکال لینے سے معدی تغویہ کا فتمہ بنجا جاتا ہے جو عدم استعمال کی حالت میں ایک موثر عضلہ سے محفوظ رہتا ہے۔ قعر معدہ کو ابتدا میں نیچے کی طرف کھینچ لے سے یہ نلی بنانے میں آسانی ہو جاتی ہے اور اس امر کا یقین بھی ہو جاتا ہے کہ فتمہ اس عضو کے قلبی حصہ میں واقع ہوگا اور بوابی حصہ میں نہیں ہوگا۔

نزد وسطی شکاف سے رسائی حاصل کرنے کے ذریعہ سے دیگر تمام عملیات جات میں کافی گنجائش مل سکتی ہے جو خواہ ملانکے لگانے یا استیصال جزوی (excision) یا قرحہ کی کئی (cauterization) یا معدی معوی تغویہ (gastro-enterostomy) کی قبیل سے ہوں اور خواہ جزوی معدہ برکری (partial gastrectomy) (آستین نما استیصال جزوی sleeve-resection: عملیہ پولیا: Polya's operation: بل روتھ: Billroth کا اول یا بل روتھ کا دوم استیصال جزوی) کی کسی قسم سے ہوں۔

439

معدی معوی تغویہ (gastro-enterostomy) میں بعض غور طلب امور پائے جاتے ہیں جو تشریح سے تعلق رکھتے ہیں۔ معمولی موخر معدی صائمی تغویہ (posterior gastro-jejunosotomy) میں ثرب کبیر اور مستعرض قولون اور معدہ شکم سے باہر نکال کر چھاتی رکھ دئے جاتے ہیں تاکہ انکی موخر سطحیں جراح کے سامنے آجائیں۔ چنانچہ باریلون کی مین تہیں اسکے سامنے ہوتی ہیں یعنی مستعرض ماساریقائے قولون کی دونوں اور خود معدہ کا مصلی طبقہ باساریقائے قولون (mesocolon) میں ایک فتمہ بنایا جاتا ہے اور اس اثنا میں وسطی قولونی شریان اور اسکی شاخوں سے باحیاط احتراز کیا جاتا ہے اور اس فتح میں سے معدہ کا ایک مخروط نکال لیا جاتا ہے



تفہیم کے لئے صائم کا مناسب حصہ تلاش کرنے کے لئے جراح اپنا ایک ہاتھ بائیں نزد جلی میز اب (parachordal groove) میں پیچھے کی طرف دوڑنیک لے جاتا ہے اور رودہ کے اس حصہ کو پکڑ لیتا ہے جو سب سے دور واقع ہوتا ہے۔ اسکو شکم سے باہر نکالنے کے بعد وہ مندرجہ ذیل امتحانات سے اس امر کا یقین کر سکتا ہے کہ صائم کا بلند ترین ممکن الحصول حصہ اسکے سامنے ہے۔ (ا) اسکو کھینچنے سے رودہ کا اور حصہ باہر نہیں نکلتا۔ (ب) اسکا تعاقب کرنے سے دیکھیا جاسکتا ہے کہ یہ اثنا عشری صائمی عوجہ (doudenno-jejunal flexure) سے چسپیدہ ہے اور ٹریٹز (Treitz) کے رباط سے تعلق رکھتا ہے (صفحہ 445)۔

آستین نما استیصال جراحی (sleeve resection) میں معدی کبڈی اور معدی قولونی ٹروپ کو کاٹنے اور ان عروق کو باندھنے کے بعد جو انخناؤں کے اُس حصہ کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں جس کا کاٹ دینا مقصود ہوتا ہے جسم معدہ کا ایک حصہ علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور اسکے بعد کٹے ہوئے سرے ایک دوسرے کے ساتھ ٹانک دئے جاتے ہیں۔

عملیہ پولیا (Polya's operation) میں اثنا عشری کا پہلا حصہ کاٹ دیا جاتا ہے اور اسکا بھدی سرابند کر دیا جاتا ہے۔ عروق کو باندھنے اور ٹروپ کو کاٹنے کے بعد معدہ کو اس خط پر کاٹا جاتا ہے جو مری کے دائیں کنارہ کو آگے بڑھانے سے بنتا ہے اور معدہ کے کھلے سرے اور صائم کی جانب کے درمیان تفہیم کر دیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کے عملیہ دو نم میں بواب اور معدہ کا کچھ حصہ بھی دور کر دیا جاتا ہے اور دونوں سروں کو بند کر دیا جاتا ہے اور معدی صائمی تفویہ (gastro-jejunosomy) کا فتح بنالیا جاتا ہے۔ بل روتھ (Billroth) کی اول معدہ برآری میں اس طرح کا استیصال جراحی (resection) عمل میں لایا جاتا ہے اور بڑے معدی فتح کا بالائی حصہ بند کر دیا جاتا ہے اور نیچے کا حصہ اثنا عشری کے کٹے ہوئے سرے کے بالمقابل رکھ کر اس سے ٹانک دیا جاتا ہے۔ اس عملیہ میں کچھ نقائص پائے جاتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ بعض اوقات کٹے ہوئے سروں کو ایک دوسرے کے قریب لانا مشکل ہوتا ہے اور اس امر کا یقین کہ نا آسان نہیں ہوتا کہ معدہ کا جو حصہ مکمل طور پر دوختہ حصے اور اس حصہ کے مقام اتصال پر جو اثنا عشری سے لایا گیا ہے بند کیا گیا ہے آب بند بھی ہے۔ ایک تیسرا اعتراض کہ بعض اوقات معدہ کے زیر ترین حصہ میں بعد میں ایک راکد حوض بن جاتا ہے اثنا عشری کو

معدہ کے ساتھ ترچھے رخ میں ملانے سے رفع کیا جاسکتا ہے۔

### معائے صغیر۔ معائے صغیر کا اوسط طول بالغ میں $22\frac{1}{2}$ فٹ ہوتا ہے۔ اسکے

انتہائی حدود ۳۰ فٹ اور ۵ فٹ ہیں۔ اسکے طول کا انحصار ایک معتد بہ حد تک طوی عضلی طبقہ کے درجہ انقباض پر ہوتا ہے۔ جنین میں مدت حمل کے مکمل ہونے پر معائے صغیر  $9\frac{1}{2}$  فٹ لمبی ہوتی ہے۔ اندازہ سے یہ حساب لگایا گیا ہے کہ بالغوں کے رودہ کے پہلے ۸ یا ۹ فٹ معائے صائم (jejunum) سے تعلق رکھتے ہیں اور بقیہ ۱۲ یا ۱۳ فٹ معائے لفائفی سے۔ یہ تقسیم جو صائم اور لفائفی میں کی گئی ہے بالکل فرضی ہے۔ ایسا کوئی مقام نہیں جسکے متعلق یہ کہا جاسکے کہ یہاں صائم ختم اور لفائفی شروع ہوتی ہے۔ جب امعائے صغیر حادثہ یا دورانِ علیہ میں معرا ہو جاتے ہیں تو بالائی حصہ کو زیرین حصہ سے خاص کر اس حالت میں تمیز کرنا جبکہ مرض شکم موجود ہو مشکل ہوتا ہے۔ مگر یہ معلوم کیا جاسکتا ہے کہ صائم لفائفی سے زیادہ چوڑی ہوتی ہے (اکس کا قطر لفائفی کے قطر سے  $\frac{1}{2}$  انچ زیادہ ہوتا ہے) اور اسکے طبقات زیادہ موٹے اور کثیر العروق ہوتے ہیں۔ اگر رودہ خالی ہو اور روشنی کے سامنے رکھ کر نیم شفاف بنایا جاسن، تو ثنات مستند پر (valvulae conniventes) کے خطوط بخوبی دکھائے دے سکتے ہیں۔ بیشک صائم میں بڑے بڑے اور کثیر التعداد ہوتے ہیں مگر لفائفی کے بالائی حصہ میں جا کر چھوٹے اور قلیل التعداد ہو جاتے ہیں اور اسکے زیرین ایک تہائی حصہ میں موجود نہیں ہوتے۔

معائے صغیر کی گنڈیوں کا محل شکم میں مستقل نہیں ہوتا۔ جنین میں اور خارج الرحم زندگی کے نہایت ابتدائی حصہ میں معائے صغیر کا زیادہ تر حصہ خط وسطی کی بائیں جانب پر ہوتا ہے۔ اسکی وجہ یہ ہے کہ جگر نسبتاً عظیم الجسامت ہوتا ہے اور اسکے وزن کے لئے معائے صغیر ایک وزن مقابل کا کام دیتی ہے۔ بالغ اجسام میں سے اکثر میں معائے صغیر بائیں جانب سے دائیں جانب کو بے قاعدہ اور خمیدہ طور پر مرتبہ ہوتی ہے۔ رودہ آٹنا عشری سے شروع ہوتا ہے اور پہلے برمعدی اور ستری خطوں کی بائیں جانب کے متقل حصوں میں واقع ہوتا ہے۔ اسکے بعد گنڈیاں بائیں مرقی اور قطنی خطوں کے کچھ حصہ کو پر کرتی ہیں اور پھر بالعموم حوض میں سے ہو کر بائیں حرقی خط میں از سر نو آجاتی ہیں اور اسکے بعد زیر معدی زیرین ستری، دائیں قطنی اور بائیں

حرقی خطوں کو بالترتیب پُر کرتی ہیں۔ دائیں حرقی خطے میں پہنچنے سے پیشتر یہ عام طور پر ایک مرتبہ اور حوض میں چلی جاتی ہیں۔

جو گندڑیاں حوض میں پانی جاتی ہیں وہ اسلئے بہت اہم ہیں کہ حوضی

التهاب باریطون میں انکے ماؤف اور منضم ہونے اور نیز قنق ساد اور قنق سائی اور قنق حیائی میں انکے روز کر آنے کا احتمال ہوتا ہے۔ جنینی حوض میں معائے صغیر کا کوئی حصہ واقع نہیں ہوتا۔ معاک کی جو مقدار بالغوں میں حوض میں پانی جاتی ہے اسکا انحصار زیادہ تر شانہ اور معائے مستقیم کے تمدد اور حوضی قویوں کی وضع پر ہوتا ہے۔ اس محل میں جو گندڑیاں نہایت کثرت سے پانی جاتی ہیں وہ لفائفی کے انتہائی حصہ اور امعاء کے اس حصہ سے ہوتی ہیں جسی ماسارلیقا کے طویل ترین ہونے کے متعلق پہلے اشارہ کیا جا چکا ہے (صفحہ 421)۔ امعاء کا جو حصہ اُربی اور حرقی فتوح میں نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے وہ لفائفی ہے۔ مزید برآں تخنیق کے واقعات میں بھی یہ حصہ اندرونی بندوں اور ماسارلیقا کے سوراخوں وغیرہ سے نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے۔

معائے صغیر کے کسی حصہ کے قطریہ کا انحصار زیادہ تر اسکی عضلی دیوار کی حالت پر ہوتا ہے۔ جب یہ تلی خالی ہوتی ہے تو بعض اوقات بہت متقبض ہوتی ہے۔ بخلاف اسکے رودہ کے کسی چنبر کے یا چنبر کے کسی حصہ کے عضلی طبقات میں مستقل انقباض یا معمولی کشج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے جس سے معمولی تسدد (intestinal obstruction) واقع ہو جاتا ہے یا اس قسم کا نتیجہ اسکی برعکس حالت (شلل کی حالت) سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔ اگر معاء کے امتیصال مجزوی کے دوران میں کسی حصہ کو ضرر پہنچ جائے یا وہ کاٹ دیا جائے (جیسا کہ بعض مقامات ضروری ہوتا ہے) یا وہ مختل المقام التهاب یا التهاب باریطون سے ماؤف ہو جائے تو اس میں شلل کی ایک حالت (ہتینڈ لے کا تیلی ایلیس: paralytic ileus of Handley) نمودار ہو جاتی ہے اور اسلئے یہ غذائی مشمولات کو آگے نہیں گذار سکتا جو بدیں وجہ جمع ہو جاتے ہیں اور رودہ کے اس قطعہ کو جو محل ضرر یا التهاب باریطون کی قریبی جانب پر واقع ہوتا ہے متمدد کر دیتے ہیں۔

اگرچہ امعاء صغیر قصور کے لئے خاص طور پر منکشف ہوتے ہیں مگر اپنی لچک اور اس

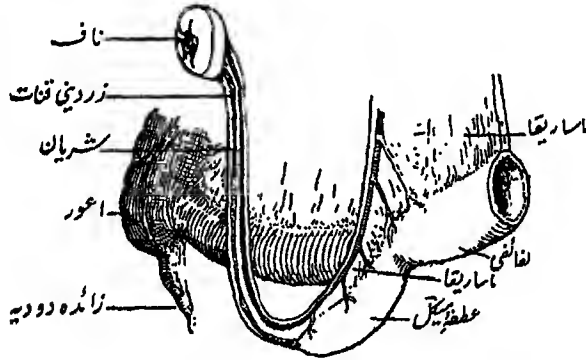
آسانی سے جس سے انہی گندلیاں دباؤ کے اثر سے بچنے کے لئے ایک دوسرے پر پھیل جاتی ہیں یہ کو فنگیوں کی اس قسم کے ضربات کے اثر سے بخوبی مامون ہوتے ہیں۔ معائے صغیر کے چھوٹے سے کچھ کے دار زخم سے قولون کے اسی قسم کے زخم کی نسبت التهاب باریلیون کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوتا ہے، کیونکہ قبل الذکر کے مشمولات میں نہ صرف مرض عضویہ جات ہی کم پائے جاتے ہیں بلکہ اسکے عضلی طبقہ کا انقباض چھوٹے سے فتح کو بند بھی کر دیتا ہے۔ لہذا تند و عظیم کی حالتوں میں کسی خراب نتیجے کے پیدا ہونیکے بغیر گیس کو نکالنے کے لئے معائے صغیر میں باریک شعری منزل سے بہت سے مقامات پر بکثرت کچھ کے لگاؤے جاسکتے ہیں، خاص کر جبکہ ان چھوٹے چھوٹے فتحات کو کسی کر بند کر دیا جائے۔ اگر زخم ذرا بڑا ہو تو ڈیسیلی ڈھالی غشائے مخاطی زخم میں سے منقلب ہو جاتی ہے یا بروز کر آتی ہے اور اس میں ایک موثر طریقہ سے ڈاٹ لگا دیتی ہے۔ گروس (Gross) نے یہ مشاہدہ کیا ہے کہ معائے صغیر کا ایک ۲ ۱/۲ سوت طولی شکاف عضلی انقباض سے فوراً ۱ ۱/۲ انچ لمبے زخم میں تبدیل ہو گیا تھا اور اس انقباض کے علاوہ غشائے مخاطی کے انقلاب نے اس فتح کو مکمل طور پر بختم کر دیا تھا۔ معائیں — مثلاً صائم میں — جو فتحہ مؤزر (Mauser) کی گولی کے داخل ہونے سے بنتا ہے اس میں سے بھی بعض اوقات مشمولات خارج نہیں ہوتے۔ روده کا منقبض خالی ٹکڑا مستند ہو کر تقریباً دو چند لمبا ہو جاتا ہے۔ عضلہ کی مدوریت میں زیادہ قوت موجود ہونے کی وجہ سے طولی زخم مستعرض زخم کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتا ہے اور صائم کے زخم اس کے زیادہ عضلی نموکے باعث لفافہ کی زخموں کی نسبت زیادہ کشادہ لب ہوتے ہیں۔ جب مستعرض زخم روده کے آزاد کنارہ پر لگتے ہیں تو یہ نہایت ہی کشادہ لب ہوتے ہیں کیونکہ اس جگہ طولی عضلی ریشہ جات نہایت ہی موٹے ہوتے ہیں۔

448

عطفہ میکل (Meckel's diverticulum) - لفافہ کی اختتام سے بیکر

۴ فٹ کے فاصلہ پر بعض اوقات ایک عطفہ (میگل کا: Meckel's) دکھائی دیتا ہے (شکل ۹۸) جو زردینی معوی قنات (vitello-intestinal duct) کے آثار کو ظاہر کرتا ہے (صفحہ 386)۔ جن اجسام کا امتحان کیا جاتا ہے ان میں سے ۲ فیصد میں اسکے پائے جانے کی توقع ہوتی ہے۔ اس عطفہ کی ساخت بالعموم وہی ہوتی ہے جو معایں ہوتی ہے۔ اسکا طول مختلف ہوتا ہے۔

بعض اوقات یہ ایک منفذ کی شکل میں ناف تک چلا جاتا ہے۔ یہ اکثر چند انچ ہی لمبا ہوتا ہے اور اس حالت میں یہ آزاد مخروطی یا گوبچی انتہا پر لینی جیل کی شکل میں ختم ہو جاتا ہے۔ یہ عطفہ بہت سے طریقوں سے معوی تسد پیدا کر سکتا ہے۔ بعض اوقات اسکا سرا انضمام پیدا کر لیتا ہے اور اس طرح جوئل بن جاتا ہے اسکے نیچے رودہ کا ایک چنبر مخنوق ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات یہ معاکے ٹکڑے پر لپٹ کر ایک رُہ بنا دیتا ہے۔ ایک سے زائد واقعوں میں یہ خارجی قن میں بھی پایا گیا ہے



شکل ۹۸ عطفہ و سیکل، زردنی معوی قنات کے آنا ز اور تاج چم زردی کو جاننے والی مشریان کو ظاہر کرتی ہے۔

رودہ کا رودہ عطفہ کے محل پر یا اسکے قریب ہی اکثر معتد بہ طور پر کم ہو جاتا ہے اور اس بچاؤ پر انعام معوی پیدا ہو سکتا ہے۔ 445

اگر یہ قنات مکمل ہو تو ناف پر ختم ہو جاتی ہے (شکل ۹۸)۔ تاج زردی کی مشریان بعض اوقات برقرار بھی رہتی ہے اور لفافہ کی ماساریقا اور ناف کے درمیان ایک جیل کی شکل اختیار کر لیتی ہے اور اسکے اوپر اعمار کا ایک چنبر مخنوق ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات ایک چھوٹی سی جیل لفافہ کی ماساریقا سے لیکر اس عطفہ کے قعر تک جاتی ہے اور اسکے اور عطفہ کے

در میان رودہ کا ایک ڈگی بچس سکتا ہے۔ اس قسم کی جل تین طریقوں سے پیدا ہو سکتی ہے۔  
(۱) تاجہ زردی کی شریان کے قریبی حصہ سے۔ (۲) اس ماسا ریفکا کے آزاد کنارہ سے جو عضل وقتا  
عطفہ کے لئے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عطفہ کے راس اور اسکی ماسا ریفکا کے درمیان کے الہتانی  
انضمام کے طول سے۔

### اثنا عشری (doudenum) اور اثنا عشری صائمی حفرہ

(fossa duodeno-jejunalis) اثنا عشری کا پہلا حصہ تقریباً افقی ہوتا ہے۔ یہ تقریباً  
۲ انچ لمبا ہوتا ہے اور بواب سے شروع ہو کر پیچھے کی طرف کو دائیں گردہ کے اوپر بکے سرے  
کے قریب تک جاتا ہے۔ دوسرا حصہ تقریباً ۳ انچ لمبا ہوتا ہے اور یہ دائیں گردہ کے  
اندرونی کنارہ کے سامنے سے عموداً نیچے کی طرف کو تیسرے قطنی فقرہ کے لیول تک آتا ہے۔  
تیسرا حصہ تقریباً ۵ انچ لمبا ہوتا ہے۔ یہ تیسرے فقرہ کے سامنے سے دائیں طرف سے بائیں طرف  
گزرتا ہے اور پھر بائیں عضل خصریہ (psaos muscle) کی سطح پر کچھ فاصلہ تک اوپر کی طرف  
جا کر دوسرے قطنی فقرہ کی بائیں جانب پر صائم میں ختم ہو جاتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ تیسرے  
درجہ کے اختتام کے قریب ایک عاصری بھجواؤ بالعموم پایا جاتا ہے۔

باریگیلون پہلے حصہ کو جو حرکت پذیر ہوتا ہے اسی طرح محصور کرتا ہے جس طرح کہ معدہ  
کو۔ یہ دوسرے حصہ کو سوائے اس مقام کے جہاں قولون مستعرق اسکو عبور کرتی ہے صرف سامنے  
کی جانب سے ہی پوشیدہ کرتا ہے۔ مزید برآں تیسرے حصہ کی صرف مقدم جانب پر بھی باریگیلون  
لگا ہوتا ہے مگر جہاں فوقانی ماسا ریفی (superior mesenteric) عروق اسکو عبور کرتے  
ہیں وہاں یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔

445

اثنا عشری کا سرا یعنی اثنا عشری صائمی خم (duodeno-jejunal bend)

لیفی عضلی بافت کے ایک بند سے جو ڈایا گرام کی دائیں ساق سے نیچے کی طرف کو راس تک آتا ہے  
اور شیمی محور (coeliac axis) کے قرب وجوار کی بافت کے ذریعہ سے اپنی جگہ پر محکم رہتا ہے۔ یہ بند  
بعض اوقات اثنا عشری کی تعلقی عضلہ (suspensory muscle of duodenum)  
کہلاتا ہے (ٹریٹز: Tretz)۔ مزید برآں یہ ماسا ریفکا کو سہارا دینے کا کام بھی دیتا ہے۔

**غدد برونر (Brunner's glands)** اثنا عشری کے پہلے درجہ میں پائے جاتے ہیں۔ انکا افراز روہ کے اس حصہ کو غالباً ترشہ کی کوس سے محفوظ رکھنا ہے جسکی تبدیل صرف دوسرے درجہ تک پہنچے پری ہوتی ہے۔ اثنا عشری کے پہلے درجہ میں شاید اسکے مشمولات کی نوعیت کی وجہ سے بہت کثرت سے تفریح پیدا ہوتا ہے۔ ۹۰ فیصدی سے زیادہ اثنا عشری قروح پہلے درجہ میں واقع ہوتے ہیں (کوکن: Collin)۔ بعض اوقات یہ قرح دیوار کو منتقل کر دیتا ہے اور مشمولات تکملر زیر کبدی فضا میں چلے جاتے ہیں۔ یا ارد گرد کے اعضا یعنی مرارہ، جگر، بلبہ کے سر، دائیں گردہ یا قولون کے کبدی عوجہ کے ساتھ انضمام پیدا ہو جاتے ہیں۔

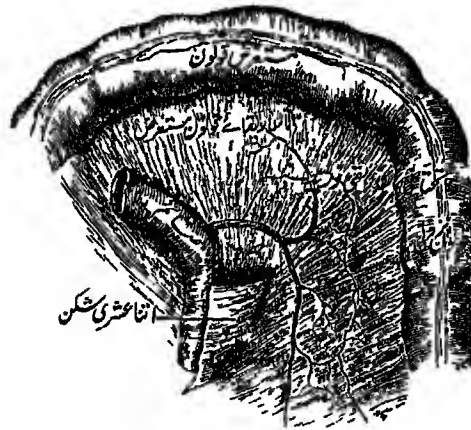
استرخائے احشاء میں بلبہ کی گردن اور اثنا عشری صائمی خم ہی وہ حصے ہوتے ہیں جن میں سب سے کم غیر وضعت واقع ہوتی ہے، کیونکہ موخر دیوار سے یہ خمی محور (coeliac axis) اور فوقانی مارائیٹری شریان کے مبداء کے ارد گرد کی لیفی بافت سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اثنا عشری کے تمام حصوں میں چوٹ سے انشقاق واقع ہو چکا ہے۔ چونکہ معاء کے اس حصہ کا ایک برا حصہ غیر باریطونی ہوتا ہے، اسلئے اگر اس تک پیچھے سے رسائی کی جائے تو یہ باریطون کے کھلنے کے بغیر ہی مجروح ہو سکتا ہے۔

جہاں مشترک صفراوی نقات (common bile-duct) اثنا عشری کے عضلی طبقہ کو منتقل کرتی ہے وہاں اکثر اوقات غمٹائے مخاطی کے چھوٹے چھوٹے عطفات بن جاتے ہیں۔ یہ اکثر اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ انگشت اشاریہ کا پہلا جوڑا ان میں داخل ہو سکتا ہے اور احشاء کے استرخاء میں یہ خاص طور پر پائے جاتے ہیں۔ نوزائیدہ میں مشترک صفراوی نقات (common bile-duct) کے داخل ہونے کے مقام کے مین اور بعض اوقات اثنا عشری کی مکمل مسدودی پائی جاتی ہے۔

**اثنا عشری کے انتہائی حصہ کی بائیں جانب پر اثنا عشری صائمی حفرہ**

(duodeno-jejunal fossa) ہوتا ہے۔ طبعی طور پر یہ اثنا عشری کے انتہائی حصہ کے انحذاب سے مسکون یا پڑ ہوتا ہے جسکے لئے یہ ایک درجہ کا کام دیتا ہے۔ اس کا اوپر کا ہلال یا کنارہ تعلیقی رباط یا ششک سے بنتا ہے اور اسکا نیچے کا ہلال ایک دوسرے ششک (اثنا عشری ششک) سے

سے بنتا ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ صرف اس وقت ہی دکھائی دیتا ہے جبکہ اثنا عشری کو اپنی جگہ مصنوعی طور پر مٹا دیا جائے۔ تحتانی ماساریقی ورید اس پاکٹ کی بائیں کور کے قریب سے اوپر کو چڑھتی ہے (شکل ۹۹)۔ یہ حفرہ ماساریقا کے اور ماساریقا سے قولون کے (mesocolic) اور ماساریقا سے معدہ کے (mesogastric) فتوق یا پس باریطونی فتوق کا تشریحی سبب ہوتا ہے۔ صائم کا ابتدائی حصہ اس حفرہ میں جا کر اسکو دباتا ہے اور اسکے کہنہ کو کلاں کر دیتا ہے اور انجام کار باریطون کو اسکی موخر چسپیدگیوں سے علیحدہ کر دیتا ہے۔



شکل ۹۹ - اثنا عشری صائم حفرہ۔

یہ بعض اوقات مندرجہ ذیل ایک سمت یا تینوں سمتوں میں پھیل جاتا ہے۔ دائیں جانب کو اثنا عشری کے پیچھے۔ بائیں جانب کو تحتانی ماساریقی ورید کے پیچھے۔ یا اوپر کی طرف کو تعلقی ہاؤسٹرکس ماساریقا سے قولون کی جڑ کے پیچھے۔ اس بڑھتی ہوئی جیب میں معالیٰ صغیر بتدریج داخل ہوتی جاتی ہے حتیٰ کہ جیسا کہ اس ایک واقعہ میں تھا جسکی اطلاع مریشیلے کو پر (Sir Astley Cooper) نے دی تھی اور بہت سے دوسرے واقعات میں بھی پایا گیا ہے۔



تقریباً تمام کی تمام معائے صغیر ایک عظیم الجسامت وسطی پس باریطونی تاجہ میں موجود اپنی جاتی ہے، جسکا منہ اثنا عشری معائی حفرہ کا دہنہ ہوتا ہے۔ اثنا عشری اس تاجہ میں داخل ہوتی ہوتی اور لغائفی کا سرا اس سے باہر نکلتا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔ یہ تاجہ بائیں جانب پر عام طور پر نیچے کی طرف کو پھیلا ہوتا ہے اور بعض اوقات، عجز کے طنف (promontory) تک پہنچ جاتا ہے۔ اس قسم کے فتق میں تسد دیکے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

### علمیہ جانت جو معائے صغیر پر کئے جاتے ہیں۔ معاشیاتی

(enterotomy) معائے صغیر کو کسی ایسے تسد کے اوپر سے کھولنے کا علمیہ ہے جسکے مہلک ثابت ہونے کا خطرہ ہو یا جو رفع نہ کیا جاسکتا ہو تسد سے اوپر رودہ کا ایک ڈکیز زخم شکم سے ٹانگ کر کھول دیا جاتا ہے۔ مزید برآں معائے صغیر منفرد اجسام غریبہ اور بڑے بڑے مراری سنگرزوں کو دور کرنے کے لئے بھی کھولی جاتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معوی زخم جلد بعد بند کر دیا جاتا ہے۔

### معابر آری (enterectomy) یا معائے صغیر کے حصوں کا جزوی ہتھمال

جو ۶ یا ۸ فٹ تک بھی لیے ہوتے ہیں تنقیق (stricture) اور نو ساحت (neoplasm) اور گنگرین کے لئے بآسانی کیا جاسکتا ہے۔ باضرر سے اوپر کی معاکا اسکے نیچے کی معا سے نفسم کرنے سے دور قصیر (short circuit) بنایا جاسکتا ہے۔ معابر آری کے بعد عام طور پر سرے کا سرے کے ساتھ بآسانی اتصال پیدا کیا جاسکتا ہے۔ گرگا ہے گا ہے جبکہ ایک سرے کا قطریہ دوسرے سرے کے قطریہ سے بہت بڑا ہو سروں کو بند کرنے کے بعد جانی نفسم زیادہ محفوظ اور زیادہ آسان ہوتا ہے۔ اگر متقابل کے سروں کے نفسم کے بعد نزاع شروع ہو جائے تو بالعموم ماسا ریٹی کنارہ سے ہوتی ہے اور اسکی وجہ یہ ہے کہ ماسا ریقا کی دونوں تہیں معا کے نزدیک پہنچتے ہی منفرد ہو جاتی ہیں اور اسلئے انکے درمیان ایک مثلث فضا رہ جاتی ہے جسکا قاعدہ جو عرض میں اور طاق میں ایچ ہوتا ہے نا پوشیدہ عضلی بافت سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا ماسا ریٹی چسپیدگی پر عضلی طبقہ میں احتیاط سے ٹانگیے لگانا لازمی ہے۔ ایک سادہ نحوہ جو کٹے ہوئے معوی سروں کے ماسا ریٹی کناروں کو قریب کر دیتی ہے اور ساتھ ہی اس

مصلی مثلث کو بند کر دیتی ہے شکل ۱۰۰ میں ظاہر کی گئی ہے۔

## لفائفی اعوری خط (ileo-caecal region) (شکل ۱۰۱) اعور

448

اور زائیدہ کا درجہ نمو پستانوں کے انواع اور انہی عمر کے بناوٹ سے مختلف ہوتا ہے۔ آدمی اور گوسفٹ غوار جانوروں میں یہ متنوع ہوتا ہے لیکن نبات خوار جانوروں میں اعور بہت بڑی ہوتی ہے اور بظاہر ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ غذا کے تصفیہ اور انجذاب کے لئے ایک خزانہ کا کام دیتی ہے۔ زائیدہ جو اعور کا ایک مختص حصہ ہے نو زائیدہ بچہ میں بھی اتنا ہی نمایاں ہوتا ہے

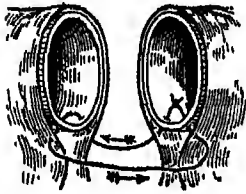
جتنا کہ بشر آسا قرد کے بچوں میں۔ انسانی جنین میں یہ صرف اعور کے تنگ سرے کی شکل میں دکھائی دیتا ہے۔

جنینی قسم کی اعور جو بہت ہمیز طور پر مخروطی ہوتی ہے بعض اوقات تمام زندگی میں برقرار رہتی ہے بچوں میں

سن بلوغ نزدیک آتا ہے انسانوں کی ایک کثیر تعداد میں زائیدہ کا رجحان چھوٹے اور مذہبول ہونے کی طرف ہوتا جاتا

ہے اور اسکی وجہ شاید یہ ہے کہ ہماری موجودہ غذا اسکی فعالیت کی صرف ایک خفیف سی حد تک ہی طلب گار

ہوتی ہے۔



شکل ۱۰۰۔ سرے کے سرے کے ساتھ  
تفہم میں جو دنت لگائی جاتی ہے

اعور (caecum) قولون کا وہ حصہ ہے جو لائفائی کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے واقع ہوتا ہے۔ جہاں تک جسامت کا تعلق ہے بالغ نقش میں اعور کا اوسط عرض ۳ انچ ہوتا ہے اور اسکا اوسط طول (انقباضی پیمائش) ۲ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ زندہ اجسام میں اسکی شکل اسکی فعلیاتی فعالیت کی حالت کے مطابق مسلسل بدلتی رہتی ہے۔

اعور میں طبعی طور پر گیس موجود ہوتی ہے اور اسکے قعر پر بلند صلی آواز بھلتی ہے۔ گلینارڈ (Glenard) نے یہ معلوم کیا ہے کہ استرخائے احتشاد میں یہ اکثر منقبض تھا اور جس کرنے پر اسکی بستگی نکلا (sausage) کی سی تھی۔

اعور بالعموم دائیں حرقہ میں قیام پذیر ہوتی ہے اور یہ اسطرح واقع ہوتی

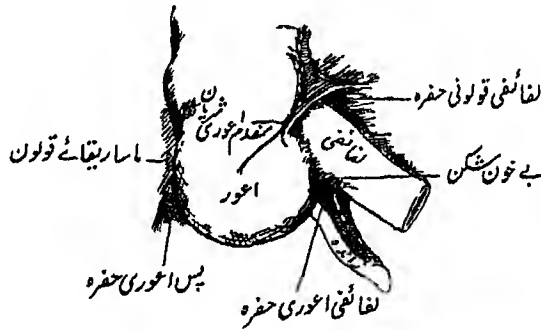
ہے کہ اسکا راس اُس نقطہ کا متناظر ہوتا ہے جو رباط اربی کے نقطہ وسطی سے ذرا اندر کی طرف مقرر کیا جائے۔ جب یہ گیس یا براری مشمولات سے متدد ہوتی ہے تو تمام دائیں حرقفی حفرہ کو گھیرے ہوتی ہے۔ لہذا لسانی اعوری دہنہ شوکی ستری خط کے صین نیچے اور نقطہ مونرو (Monro) کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ خفیف سی متدد اعور جس کا محل اس طریقہ سے معلوم کر لیا گیا ہو ران کو شکم پر غبیدہ کرنے سے خالی کیا جاسکتی ہے۔ حرکت پذیر اعور بعض اوقات حوض کی لکر بدعلاق ہوتی ہے، یا حوض کو گھیرے ہوتی ہے اور بعض اوقات بائیں جانب کے اربی فتن میں بھی کل آتی ہے۔ اعور کی حرکت پذیری کی شناخت عمیق جس سے کیا جاسکتی ہے جبکہ یہ بہرہ دار غذا سے پر ہو اور لاشعاعوں سے اسکا امتحان کیا جا رہا ہو۔

اعور باریطون سے تمامہ محصور ہوتی ہے، گو اسکی موضع سطح کا کچھ حصہ گاہے گاہے حرقفی حفرہ کی فضائی بافت سے بھی ملحق رہتا ہے۔ باریطون عام طور پر قولون معدودی کی ابتدا سے موجود و پر حرقفی عرف کے لیول سے نیچے معلق ہوتا ہے۔

اعور میں تین قسم کی حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ (۱) بلونے کی حرکت جو کھانا کھانے کے بعد ایک گھنٹہ کے اندر اندر شروع ہوتی ہوئی دیکھی گئی ہے۔ (۲) ضد حرکت دودی حرکت جو قولون میں شروع ہوتی ہے اور اعور میں ختم ہوتی ہے (دیکھو صفحہ 430)۔ (۳) دافع یا خالی کرنے والی حرکات۔ جب براز مستعرض قولون میں پہنچتا ہے تو پانی جذب ہو جاتا ہے اور اسکی بستیگی ٹھوس ہو جاتی ہے۔ اعور اکثر دائیں جانب کے اربی یا فخذی فتن میں پائی جاتی ہے (اعوری فتن)۔ ایسے فنون کا سوائے چند نادار وقوع مثالوں کے ایک مناسب اور مکمل باریطونی تاجہ ہوتا ہے۔ جو اجسام غریبہ بھگل لئے جاتے ہیں انچے اعور میں ٹھیر جانے کا بہت امکان ہوتا ہے اور یہ اس محل میں نفروح اور نیز اشقاب بھی پیدا کر دیتے ہیں جس سے ایک قسم کا التهاب اعور (typhlitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برازی احتباس کی حالتوں میں بھی برازی مادہ کا عظیم ترین اجتماع اکثر اعور ہی میں پایا جاتا ہے اور جب متدد انتہا تک پہنچ جاتا ہے تو امعاء کے اس حصہ پر ہی عام طور پر سب سے زیادہ بار پڑتا ہے۔ اعور کی غنائے مخاطی میں خاصکر لسانی اعوری دہنہ کے قریب مجدد و راب کثیر التعداد ہوتے ہیں۔ اس حصہ میں معوی کنگریاں بھی اکثر پائی جاتی ہیں۔

450 لفائفی اعوری دہنہ ایک عضلی عاصرو (لفائفی اعوری عاصرو ileo-caecal)

sphincter سے محفوظ ہوتا ہے۔ اسکی تعصیب نظام مشارکی سے ہوتی ہے اور لفائفی سے جو کیموس آتا ہے اسکے بہاؤ کو یہ منظم کرتا ہے (ٹی۔ آر۔ ایلکٹ T. R. Elliot اور بی۔ سیمتھ B. Smith: سیرولیم میکینون (Sir William Macewen) نے ایک سپاہی میں جس میں بندوق کی گولی سے ایک عریض اعوری ناسور پیدا ہو گیا تھا اسکو اپنا قفل کرتے ہوئے دیکھا ہے۔ مزید برآں اسی مشاہدے نے نژادہ دودیدہ کے منہ سے جو لفائفی اعوری دہنہ سے تقریباً ایک انچ



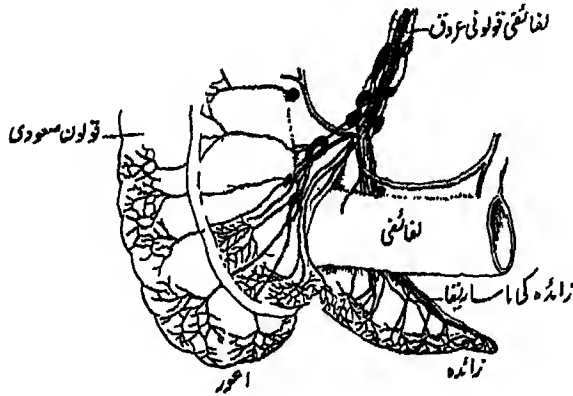
شکل ۱۰۱۔ لفائفی اعوری خط کے باریطونی حفرہ جات۔

نیچے واقع ہوتا ہے ایک افزائے دیکھا ہے۔ بعض حالتوں میں جیسا کہ ڈاکٹر جیمز کیس (Dr. James Case) نے سب سے پہلے معلوم کیا تھا لفائفی اعوری عاصرو کو منظم کرنے والے معکوسات اپنا قفل چھوڑ دیتے ہیں اور یہ دہنہ عدیم المقدرت رہ جاتا ہے جس سے اعور کے مشمولات لفائفی میں واپس آ جاتے ہیں۔

نژادہ (appendix) کا طول مختلف ہوتا ہے۔ اسکی اوسط پیمائش بالغ میں ۴ انچ ہوتی ہے۔ اسکے طول کے حدود ۱ انچ اور ۶ انچ ہیں۔ اسکا محل مسلسل بدلتا رہتا ہے

گو اپنی طبعی حالت میں یہ عام طور پر لفافہ لٹنی کے معرے اور اسکی ماسا ریفکائے پیچھے پڑا ہوا اور طحال کنا طرف اشارہ کرتا ہوا دکھائی دیتا ہے۔ یہ اکثر احمور کے پیچھے واقع ہوتا ہے اور بعض اوقات یہ صغودی ماسا ریفکائے قولون میں مدفون پایا جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں جنہیں زندگی کے آخری ہیمینوں میں جبکہ احمور جگر کے قرب و جوار سے دائیں حرقفی حفرہ میں منتقل ہو جاتی ہے زائدہ دب کر احمور کے پیچھے چلا جاتا ہے اور ماسا ریفکائے قولون میں محسوس جاتا ہے۔ گاہے گاہے یہ دائیں یا بائیں اربی فتق میں بھی پایا جاتا ہے بعض اوقات زائدہ حوض میں معلق ہوتا ہے اور انتہائی حالتوں میں

451



شکل ۱۰۲۔ احمور، زائدہ اور قولون کے عروق لطف کا ممر۔

(جمیلین: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson کے مطابق)

یہ بیض یا دوسری حوضی ساختوں سے انضمامات پیدا کر لیتا ہے۔ ملتہب زائدہ جگر اور دائیں گردہ یا حالب سے یا بائیں حرقفی حفرہ کے اندر کی ساختوں سے منضم ہو سکتا ہے۔ یا اس کی نوک قرب و جوار کی باریطونی سطح سے چبک سکتی ہے اور اس طرح ایک "بند" بنجاتا ہے جس کے نیچے معائے صغیر کا ایک ٹکڑا مضنوق ہو سکتا ہے۔

زائدہ کی ماسا ریفیکا (شکل ۱۰۲) جس میں لفائفی قولونی (ileo-colic) شریان سے حاصل شدہ ایک شریان موجود ہوتی ہے بعض اوقات اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ اس سے زائدہ پر بل پڑ جاتے ہیں۔

اس کے مخاطی استر میں مجر د لمف آسا جرابات (lymphoid follicles) اس افراط سے پائے جاتے ہیں کہ اسکا درونہ تقریباً بند ہو جاتا ہے۔ دوسری لمف آسا ساختوں کی طرح یہ جرابات سن بلوغ کے آنے کے جلد بعد ہی مذبول ہونا شروع ہو جاتے ہیں۔ التهاب زائدہ (appendicitis) کی بعض قسموں میں یہ جرابات ماؤف ہو جاتے ہیں۔

جو شعاع نگار ششیں بیریم (barium) دار غذا دینے کے بعد لیجاتی ہیں ان میں زائدہ کا سایہ بالعموم شناخت کیا جاسکتا ہے [۴۰] فیصدی افراد میں بارکلی (Barclay) ۸۰ فی صدی میں کیس (Case) [۱۰] زائدہ کا سایہ لینے سے پیشتر بعض اوقات اعور کا جس کرنا اور اسکو اپنی جگہ سے ہٹا دینا ضروری ہوتا ہے۔ بقیہ غذائی خطہ کی طرح اسکے عضلی نظام میں بھی متوازن حرکت دودی آہستہ آہستہ واقع ہوتی رہتی ہے، جسکی وجہ سے اگر درونہ بھی منفق ہو تو اعوری مشمولات آہستہ آہستہ داخل اور خارج ہوتے رہتے ہیں۔ اس کا فعل ابھی تک معلوم نہیں ہوا۔

### اعور اور زائدہ کے عروق لمف (شکل ۱۰۲)۔ چونکہ زائدہ کے التهاب

میں سرائت خاص کر اسکے عروق لمف سے پھیلتی ہے، اسلئے اس نظام کی ترتیب جراحی نقطہ نگاہ سے اہم ہے۔ غذائی قنال کے دوسرے حصوں کی طرح عروق لمف کتے بن ضغیر ہوتے ہیں۔ (۱) زیر مخاطی جو غشائے مخاطی سے لمف وصول کرتے ہیں۔ (۲) ایک بن عضلی ضغیر۔ (۳) ایک زیر مصلی ضغیر۔ ان تینوں میں انتہائی ربط و راہ موجود ہوتا ہے۔ لمف آسا جراب یا مخاطی لمفی فضائوں میں واقع ہوتے ہیں عضلی طبقہ میں کچھ وقفوں پر زیر مخاطی اور زیر مصلی ضغیروں میں بلا واسطہ تسلسل موجود ہوتا ہے۔ لہذا باریطونی طبقہ تک سرائت یا سانی پھیل سکتی ہے اور اس سے التهاب باریطون (peritonitis) پیدا ہو جاتا ہے۔ برآر عروق کی زیادہ تعداد ماسا ریفیکا سے زائدہ میں جاتی ہے، جہاں بعض اوقات ایک یا زائدہ در واقع ہرگز نہیں ہوتا کہ عروق

خدد کے لفافنی قولونی گروہ میں جاتے ہیں جو لفافنی قولونی زاویہ میں واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۲)۔ یہ گروہ اخور کے مقدم حصہ و زائدہ کے قاعدہ سے بھی ان عروق کے ذریعہ سے لفاف وصول کرتا ہے جو مقدم قولونی شکم میں سے گزرتے ہیں۔ اخور کی موخر جانب سے جو عروق آتے ہیں وہ بھی لفافنی قولونی گروہ میں مل جاتے ہیں۔ یہ عروق حرقنی یا قطنی خطنوں کے عروق لفاف سے ربط و راہ نہیں رکھتے (جیمسن: Jamieson اور ڈوبسن: Dobson) جو عروق خدد کے لفافنی قولونی گروہ سے نکلتے ہیں وہ معائے صغیر اور قولون صعودی کے برآر عروق سے مل جاتے ہیں اور ان خدد میں جا کر داخل ہوتے ہیں جو فوقانی ماساریٹنی (superior mesenteric) شریان کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔

453

### انفخاد معوی (intussusception) لفافنی اخوری خط میں نہایت کثرت

سے واقع ہوتا ہے۔ اس حالت میں معا کا ایک حصہ ساتھ کے حصہ کے درون میں سقوط یا فست ہو جاتا ہے یعنی ڈوبرین کی اندرونی نالی کی طرح گھس جاتا ہے۔ لفافنی اخوری قسم میں (جو عام ترین قسم ہے) تنگ لفافنی اور اس کے بعد اخور بھی قولون میں سقوط یافتہ ہو جاتی ہے۔ لفافنی اخوری دہن سے اس بروز یا انفخاد معوی کی چوٹی بنتی ہے۔ لفافنی قولونی قسم میں (جو ایک نادر الوقوع قسم ہے) لفافنی کا سراسر مصرع میں سے سقوط ہو جاتا ہے۔ یہ دہن اور اخور اپنے اپنے طبعی محل پر رہتے ہیں اور انفخاد معوی کی چوٹی صرف لفافنی ہی سے بنتی ہے۔ ایک اور قسم میں جو کثیر الوقوع ہے انفخاد معوی کا اس منغذ اخور کے قعر سے بنتا ہے۔

### ایسے تین باریطونی حفرہ جات کافی مستقل طور پر پائے جاتے ہیں جن میں لفافنی

اخوری خط کا فتن بعض اوقات واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۱)۔ اور وہ یہ ہیں: (۱) لفافنی قولونی جو قولون صعودی اور لفافنی کی انتہا کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ اوپر کی طرف ایک شکن سے محدود ہوتا ہے جس میں مقدم اخوری شریان موجود ہوتی ہے۔ (۲) لفافنی اخوری حفرہ جو لفافنی کی انتہا اور اخور کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ سامنے کی طرف بے خون کے (لفافنی) شکن سے اور پیچھے کی طرف ماساریٹنا اور زائدہ سے محدود ہوتا ہے۔ (۳) پس اخوری حفرہ جو

اعور کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ یہ دائیں جانب پر صعودی ماساریقائے قولون کے نیچے کے سرے سے محدود ہوتا ہے۔

## غذائی نلی کے مشمولات کے سفر کی رفتار۔ زندہ انسان کی غذائی

قتال میں بیریم (barium) یا بیسمتھ (bismuth) دار غذا کی حرکات کا مطالعہ کرنے سے اس خیال میں معتد بہ تبدیلی واقع ہو جاتی ہے جو اس حصہ کا مرد میں امتحان کرنے سے امعاء کے متعلق قائم ہو جاتا ہے۔ یہاں جو کچھ بیان کیا گیا ہے وہ زیادہ تر ہرسٹ (Hurst) کے مشاہدات پر مبنی ہے۔ معدہ کے مشمولات کھانا کھانے کے بہت جلد بعد اثناعشری میں گزرنا شروع ہو جاتے ہیں۔ ۱۲ گھنٹہ میں غذا اعور میں داخل ہونا شروع ہو جاتی ہے، اور یہ بتدریج پڑھتی جاتی ہے۔ ۱۶ گھنٹہ میں مشمولات کبدی عوجہ (hepatic flexure) تک پہنچ جاتے ہیں، اور ۱۹ گھنٹہ میں طحالی عوجہ تک۔ صعودی قولون اور مستعرض قولون کے پہلے حصہ میں براز کا سیال حصہ جذب ہو جاتا ہے۔ نزولی صوفی اور حوضی قولون میں مشمولات آہستہ آہستہ سفر کرتے ہیں۔ ۳۰ گھنٹہ میں غذا ترخی اور حوضی قولون میں پہنچ جاتی ہے۔ قولون کو ہرگز ایک انفعالی نلی تصور نہ کرنا چاہئے، بلکہ یہ ایک فعال عضلی عضو ہے جس کا تعلقی دفعیہ اور انجذاب سے ہے۔

## قولون (colon)۔ اعور سے لیکر حوضی مستقیقی مقام اتصال تک سوائے کبدی

اور طحالی عوجوں کے جو گہرے واقع ہوتے ہیں دباؤ سے رود تک رسائی ہو سکتی ہے۔ کبدی عوجہ جگر کے نیچے واقع ہوتا ہے اور طحالی خم جو ایک اونچے لیول تک چلا جاتا ہے معدہ کے پیچھے ہوتا ہے (شکل ۲ و صفحہ 424)۔ مستعرض قولون کا زیرین کنارہ تقریباً ناف کے لیول پر ہوتا ہے (شکل ۹۲)۔ برازی اجتماع میں قولون کا خاکہ سوائے مذکورہ بالا دونوں عوجوں کے بالوضاحت معین کیا جاسکتا ہے۔ معائے صغیر کے تمدرات میں پیٹ کے نمایاں ترین ابھار کا رجحان سامنے کی طرف اور ناف کے ارد گرد اور اسکے نیچے نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معائے کبیر کے تمدرات میں شکم کی سامنے کی طرف بعض اوقات (کم از کم تھوڑے سے عرصہ کے لئے) نسبتاً چپلی رہتی ہے اور ابھار دونوں پہلوؤں اور ناف کے عین اوپر کے خطے میں نمایاں ترین ہوتا ہے۔



مستعرض قولون اور صعودی اور نزولی قولونوں کے زیریں دو تہائی حصوں کے سلعات کے حدود خواہ وہ متوسط الحسامت ہی کیوں نہ ہوں، بخوبی معین کئے جاسکتے ہیں اور انفرادی معمولی (intussusception) کے واقعات میں جو ایک عارضہ ہے جبکہ ذکر صفحہ 453 پر کیا جا چکا ہے قولون میں سے تودہ کے آگے بڑھنے کا اکثر سراغ لگایا جاسکتا ہے۔

معائے کبیر کا قطر (باستفائے معائے ستقیم) ۱۱ اور سے لیکر صرفی قولون تک کم ہوتا جاتا ہے۔ قبل الذکر کا تقریباً ۲ ۱/۲ انچ اور موخر الذکر کا ۱ ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ معائے اس قطعہ کا تنگ ترین حصہ حوضی قولون اور معائے ستقیم کے مقام انفصال پر واقع ہے اور یہ ایک معنی خیز امر ہے کہ یہی مقام ہے جس پر تضیق نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر حوضی ستقیم عاصری خط (pelvic rectal sphincteric tract) بھی واقع ہوتا ہے۔

اعور سے مزبزنک تضیق واقع ہونے کا امکان بڑھتا چلا جاتا ہے۔ نزولی قولون میں تضیق کثرت سے واقع ہوتا ہے اور اس سے کم کثرت کے ساتھ یہ مستعرض قولون میں رونما ہوتا ہے اور صعودی قولون میں یہ مقابلہ نادر الوقوع ہوتا ہے۔ رودہ کے خوں پر تضیق قلیل الوقوع نہیں ہوتے۔

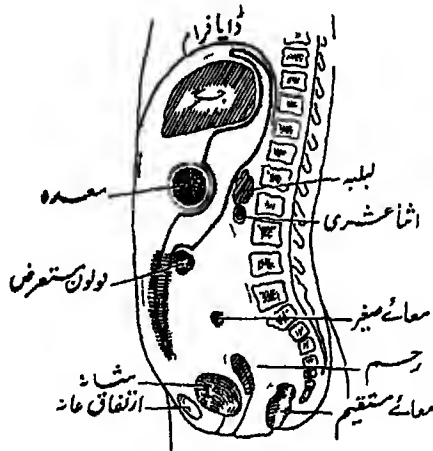
455

قولون کے طولی عضلی ریشے معائے صغیر کی طرح اسکے گرد ایک نلی بنانے کے بجائے تین قورات (taeniae) میں مرتب ہوتے ہیں، جن میں سے ہر ایک ۱ ۱/۲ انچ عرض ہوتا ہے۔ یہ ایک دوسرے سے تقریباً مساوی فاصلہ پر ترتیب یافتہ ہوتے ہیں۔ معائے ستقیم میں طولی عضلہ کا طبقہ پھر مکمل ہو جاتا ہے اگر پیچھے کی طرف اعور تک ان بندوں کا تعاقب کیا جائے تو یہ نلیوں کے تینوں بند زائدہ کے قاعدہ پر ختم ہو جاتے ہیں۔ مگر قولون صعودی کا مقدم داخلی قور زائدہ تک راست ترین راستہ اختیار کرتا ہے اور اسلئے جراح اس جگہ کو تلاش کرتے وقت اس سے رہنما کا کام لیتے ہیں۔ چونکہ قور قولون سے اسکے چھٹے حصہ کے برابر چھوٹے ہوتے ہیں اس لئے رودہ کی دیواریں سمٹی ہوتی ہیں جسکی وجہ سے ناچکوں کا ایک سلسلہ پایا جاتا ہے جو قورات کے درمیان میں قطاروں میں مرتب ہوتا ہے۔

لے دیکھو معمولی تودہ (Intestinal Obstruction) مؤلفہ سر فریڈرک ٹریویزن لندن ۱۸۹۹ء۔

مزید بر آں قولون اپنے تمام طول میں نزو اپڈنری (appendices epiplōica) کے موجود ہونے سے تمیز ہوتی ہے، جو معائے صغیر اور اعلیٰ معائے مستقیم پر موجود نہیں ہوتے۔ یہ چربی کے چھوٹے چھوٹے ٹوڑے ہوتے ہیں جو باریک بینی طبعہ کے چھوٹے چھوٹے ٹاپوں سے ملبوس ہوتے ہیں۔

بالغ میں قولون معدوی کا طول احوار کی نوک سے لیکر کبدی عوج (hepatic flexure) تک ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے اور قولون نزولی کا طول طحالی عوج (456



شکل ۱۰۳۔ شکم کی سہمی تراش جو مستعرض قولون کے تعلقات اور معدہ اور بلب کو ظاہر کرتی ہے۔

(splenic flexure) سے لیکر حقیقی عرف تک اس سے ذرا کم ہوتا ہے مستعرض قولون کا طول مختلف ہوتا ہے، لیکن اسکی اوسط پیمائش ۲۰ انچ ہوتی ہے۔ احوار کے گرد باریک بینی پوشش مکمل ہوتی ہے لیکن قولون معدوی کے صرف مقدم اور جانبی رخ ہی اس سے بالعموم ملبوس ہوتے ہیں۔ مگر ۲۶ فیصدی واقعات میں (ٹریویر Treves)

قولون صعودی کے لئے یہ ایک چھوٹی سی ماساریقائے قولون (۳ انچ) بھی بنتی ہے۔ یہ ماساریقا عام طور پر اسقدر چھوٹی ہوتی ہے کہ رودہ کا یہ حصہ شکم کے زخم سے باہر نہیں نکالا جاسکتا۔ اس قسم کی ماساریقائے قولون کا زیریں حصہ بعض اوقات دو شاخہ ہوتا ہے اور اس سے ایک ”اصبعی“ (digital) حفرہ نکلتا ہے جس میں دورانِ علیہ میں گاہے گاہے زائدہ کی نوکٹائی جاتی ہے۔ کبدی قولون کی باریطونی ترتیب صعودی قولون کی باریطونی ترتیب کے مشابہ ہوتی ہے۔ مستعرض قولون کی ماساریقا کی چسپیدگی بلبہ کی مقدمہ سطح کو عبور کرتی ہے۔ مستعرض قولون کے جو تعلقات معدہ اور بلبہ سے ہیں وہ شکل ۱۰۳ کو دیکھنے سے نہایت آسانی سے سمجھ میں آجاتے ہیں۔ ٹیکیل جنینی ترتیب کی سہمی تراش کے خاکہ کو ظاہر کرتی ہے۔ بہر حال بالغ میں انضماماً ثرب کبیر کے کہف کے اس حصہ کو جس پر شکل میں متقاطع متوازی خط کیمنچے گئے ہیں منطس کر دیتے ہیں تاچہ صغیر کا خاکہ سیاہ ہے اور اکبر کا سرخ۔

457

تقریباً صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں قولون نزولی کی ماساریقائے قولون ہوتی ہے۔ (ٹریويز: Treves)۔ جنینی زندگی کے پانچویں ہفتہ تک اسکی ماساریقا ہوتی ہے مگر اسکے بعد یہ نمائب ہو جاتی ہے۔

۹۰ فیصدی واقعات میں لفائفی حوضی قولون کے حوضی حصہ کی ماساریقا نہیں ہوتی۔ بقیہ ۱۰ فیصدی میں ایک چھوٹی سی ماساریقا موجود ہوتی ہے۔ لیکن حوضی قولون علیین اور خیمے کی شکل کی ماساریقا کے حاشیہ پر جو حرکت کے لئے معتدبہ وسعت کی اجازت دیتی ہے آزاد طور پر واقع ہوتی ہے۔ اس ماساریقائے قولون کا قاعدہ اس کے قولونی حاشیہ کے مقابلہ میں چھوٹا ہوتا ہے۔ معائے مستقیم کے باریطونی تعلقات پر صفحہ 542 پر بحث کی گئی ہے۔

**قولون صعودی کا رخ صلب میں عمودی ہوتا ہے اور پھر یہ دائیں گردہ کے بیرونی حاشیہ کے گرد گھوم کر جگر کے قریب دائیں یا کبدی حوض پر خیمہ کھا جاتی ہے۔ اس کا طول ۵ سے لیکر ۸ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس سے بھی بہت کم ہوتا ہے۔ الہتاب زائدہ (appendicitis) کے لئے علیہ کرنے کے دوران میں گاہے گاہے یہ حالت پائی جاتی ہے کہ**

ناقص نوی نزول کی وجہ سے لٹافنی اعجوری خط صلب میں اتنا اونچا واقع ہوتا ہے کہ اگر وہ کئے نزدیک ہوتا ہے یا جگر کے نیچے بھی واقع ہوتا ہے۔ پیچھے کی طرف پیچھے سے نیچا اور تھک صغودی قولون، عضلہ حرقضیہ (iliacus) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور گردہ کے زیرین قطب سے علاقہ رکھتی ہے۔

**دائیں یا کبڈی عوجہ سے منفرج یا حاد خم بنتا ہے، مگر انکا زاویہ طالی عوجہ**

زاویہ سے کم حاد ہوتا ہے۔ اسکی وسطانی جانب پر اثنا عشری کے دوسرے حصہ ہوتا ہے اور اس کے باہر کی طرف جگر کی کوریاشکم کی جانبی دیوار ہوتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ جگر سے مس کرتا ہے اور پیچھے کی طرف یہ گردہ پر واقع ہوتا ہے۔

**قولون مستعرض شکم کی ایک طرف سے دوسری طرف کو ایک طویل اور پیدار خیمہ**

کی شکل میں جاتی ہے۔ پہلے یہ اثنا عشری کے دوسرے حصہ کو عبور کرتی ہے اور یہاں اس کی ماسا ریتائے قولون چھوٹی ہوتی ہے اور بعض اوقات نہیں بھی ہوتی۔ لیکن اس کے بعد اسکی ماسا ریتا کا طول اسکو معائے صغیر پر سے آزادانہ ٹھسک جلنے کی اجازت دیتا ہے۔ غیر نمٹنی واقعات میں جنہیں شکمی عضلات کا سہارا کمزور ہوتا ہے یہ بعض اوقات ازلفاق مانہ (symphysis pubis) تک پہنچ جاتی ہے۔ بائیں جانب پر یہ پھر چھوٹی ہو جاتی ہے اور اسلئے مستعرض قولون بلبہ کی دم کے قریب واقع ہوتی ہے، جسکے ساتھ ساتھ یہ معدہ کے نیچے سے لیکر طالی کے زیرین قطب تک جاتی ہے۔ رودہ کے اس حصہ میں خوں کا ایک سلسلہ دکھائی دیتا ہے اور دو خم خصوصیت کے ساتھ پائے جاتے ہیں جنہیں سے ایک اسکی ابتدا پر اور دوسرا اسکی انتہا پر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔

**قولون مستعرض کا دایاں حصہ مرارہ سے ایک قریبی تعلق رکھتا ہے اور موت کے بعد یہ بالعموم صغیر سے ملون پایا جاتا ہے۔ ایسے واقعات بھی دیکھنے میں آچکے ہیں جنہیں مرارہ میں لگنے موجود تھے اور مرارہ کی دیواریں دباؤ سے مستعرض ہو گئی تھیں اور تقرح ماتحت مستعرض قولون پر انزا انداز ہو گیا تھا اور اس طرح مرارہ اور رودہ کے درمیان ایک نامعورہ لگیا تھا جس پر اسے**

بڑے بڑے سگرزے خارج ہوتے تھے۔ مزید برآں کبدی خراجات اکثر مستعرض قولون میں خالی ہو چکے ہیں اور مستعرض قولون اکثر سری فتق میں چلی جاتی ہے اور سورارخ و ونسلو (Winslow) (شربی سورارخ) میں جو فتق واقع ہوتا ہے اسکے کئی ایک واقعات میں یہ متاثر ہوتی ہے۔

**بایاں یا طحالی عوجہ مراق (hypochondrium) میں طحال کے زیرین**  
قطب پر ایک زاویہ عادیہ بناتا ہے۔ یہ معدہ کے پیچھے گہرا واقع ہوتا ہے اور کبدی عوجہ کی نسبت بلند لیول پر ہوتا ہے۔ باریطون کا مثلث شکل کا ایک شلف (shelf) یعنی ڈایا فرامی قولونی رباط اس عوجہ سے لیکر باہر کی طرف کو ڈایا فرام تک جاتا ہے۔ یہ طحال کو سہارا دیتا ہے اور اس عوجہ کو مثبت رکھتا ہے۔

**قولون نزولی (descending colon) حرقنی عرف کے بالمقابل حرقنی**  
قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ ۴ تا ۶ انچ لمبی ہوتی ہے اور قولون صعودی سے یقینی طور پر تنگ ہوتی ہے۔ یہ بائیں گردہ کے بیرونی کنارہ کے گرد نیچے کی اور اندر کی جانب کو گھوم جاتی ہے اور پھر عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) اور عضلہ خصریہ (psoas muscle) کے درمیان زاویہ تک نیچے کی طرف کو سیدھی چلی جاتی ہے (شکل ۱۰۵)۔ ٹریویز (Treves) کے مطابق صرف ۳۶ فیصدی واقعات میں اسکی ماساریقا ہوتی ہے۔

**حرقنی قولون (iliac colon) بھی ماساریقا سے بالعموم مبرا ہوتی ہے**  
(۹۰ فیصدی)۔ یہ عضلہ حرقنیہ خصریہ (ilio-psoas) اور بائیں حالب اور بائیں منوی عروق اور حرقنی عصب کو عبور کرتی ہوئی حرقنی عرف سے ۵-۶ انچ تک اندر کی طرف کو چلی جاتی ہے اور حوض کی کنگر پر حوضی قولون میں تبدیل ہو کر ختم ہو جاتی ہے۔

459

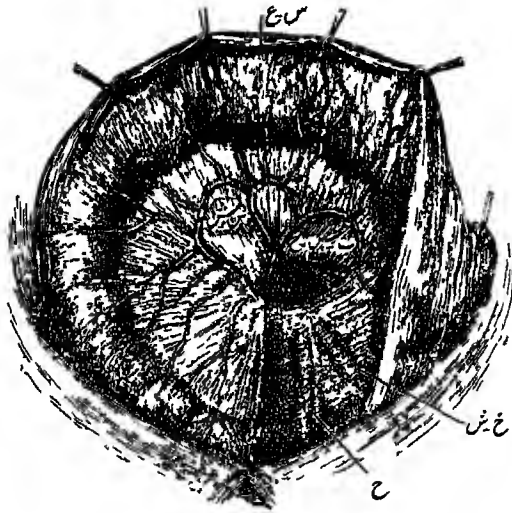
**حوضی قولون (pelvic colon) بائیں عضلہ خصریہ (psoas) کی اندرونی**  
کو پر شروع ہوتی ہے اور خارجی حرقنی عروق کو عبور کرنے کے بعد ایک اختلاف پذیر منراختیہ کر لیتی ہے۔

یہ حوضی اس سے عام طور پر بائیں جانب سے دائیں جانب کو گزرتی ہے اور پھر ایک چنبر کی شکل میں پیچھے کو جا کر حوض کے موخہ حصہ میں پہنچ جاتی ہے۔ تیسرے معجزی فقرہ کے یوں پر خط وسطیٰ کی عین بائیں جانب پر کے ایک نقطہ پر پہنچنے کے بعد یہ خم کھا کر معائے مستقیم میں ختم ہو جاتی ہے۔ اس کا اختتام تین خصائص سے میز ہوتا ہے :- (۱) یہاں اسکے قطر میں ایک انقباض پایا جاتا ہے۔ حوضی مستقیم عاصری خطہ (pelvi-rectal sphincteric tract) (۲) باریطون قولون کو مکمل طور پر ملفوف نہیں کرتا اور مادیق ماساریقا نہیں بناتا۔ (۳) تینوں طولی قور (longitudinal tæniæ) پھیل کر ایک علیحدہ طولی عضلی طبقہ بنا دیتے ہیں۔ ٹریویر (Treves) پہلا شخص تھا جس نے حوضی قولون کو قولونی خطہ کے طور پر تمیز کیا اور اس کو ”او میگما چنبر“ (omega loop) کے نام سے موسوم کیا کیونکہ یہ بڑے او میگا  $\Omega$  کے مشابہ ہوتا ہے۔ اگرچہ اسکا نام ”حوضی قولون“ رکھ دیا گیا ہے مگر یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جنین اور بچہ میں یہ حوضی نہیں ہوتا بلکہ اسکا محل فوق حوضی ہوتا ہے اکثر کوگما چنبر (sigmoid loop) بھی کہا جاتا ہے۔ اس چنبر کا اوسط طول بالغوں میں ۱۷ انچ ہوتا ہے اور اسکے دونوں سرے تقریباً ۳ یا ۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتے ہیں۔ اگر یہ سرے ایک دوسرے کے قریب ہو جائیں جیسا کہ سنگمانا (sigmoid) قولون کی ماساریقا کی جڑ پر کے قابض التهاب باریطون میں ہوتا ہے تو ایک قسم کا ساقچہ بجا جاتا ہے جس پر سے چنبر آسانی سے نکال دیا جاتا ہے۔ روده کا اس قسم کا بلی حوضی قولون یا چمبر کی فٹلک (volvulus) کہلاتا ہے اور یہاں یہ بھی کہا جاسکتا ہے کہ فٹلک معمار (volvulus) اس چنبر میں غذائی قنال کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہے۔

حوضی قولون کی ماساریقا کا خطہ چسپیدگی بائیں عضلہ حصتر (psoas muscle) اور حرقفی عروق کو انکی دو شاخگی کے قریب عبور کرتا ہے اسکے بعد یہ دفعہ نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے اور تقریباً عموداً جا کر خط وسطیٰ پر ختم ہو جاتا ہے۔ اس ماساریقائے قولون کی بائیں دیوار میں اس مقام کے نزدیک جہاں یہ حرقفی عروق کے اوپر واقع ہوتی ہے بعض اوقات ایک حفرہ پایا جاتا ہے۔ یہ گمانا شریان (sigmoid artery) سے پیدا ہوتا ہے اور اسکی گہرائی تقریباً ۱۷ انچ ہوتی ہے۔ یہ بین گمانا حفرہ (intersigmoid fossa) کہلاتا ہے اور گمانا مفتوح تقریباً ۱۷ انچ ہوتی ہے۔ اس حفرہ میں مخنوق فوق کے پائے جانے کے

واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔

جب حوضی قولون خالی ہوتی ہے تو یہ طبعی طور پر عرض کو گھیرے ہوتی ہے۔ ممتد ہو کر روده کا یہ حصہ بعض اوقات اتنا زیادہ متسع ہو جاتا ہے کہ جگہ تک پہنچ جاتا ہے۔ غیر معمولی اتساع کی خاص خاص مثالیں اسی چہرے سے تعلق رکھتی ہیں جیسا کہ کٹانی قولون (megacolon) یا مرض ہرش سپرنگ (Hirschsprung's disease) میں ہوتا ہے جس میں اگر عین طبعی طبقہ میں بظاہر



شکل ۱۰۴۔ سلگمانا عوجہ (حوضی قولون) میں سلگمانائی حفرہ کو دکھانے کے لئے اوپر اٹھا دیا گیا ہے۔ (جونیسکو: Jonnesco)

س ع۔ سلگمانا عوجہ۔ س ش۔ سلگمانا شریان۔ ج س ح۔ میں سلگمانائی حفرہ۔ خ ش۔ خارجی حرقی شریان۔ ح۔ حالب جو اندرونی حرقی عروق کے سامنے ہے۔

۴۶۱ اتساع اور بیش پرورش ایک غیر معمولی درجہ تک پائی جاتی ہے مگر اس قسم کے طبقات میں قوت انقباض موجود نہیں ہوتی۔ برازی مادے حوضی قولون کے بعد ہی حصہ میں اکثر ٹھہرے رہتے ہیں اور اس عمل کے

بعض معوی کٹکریاں بھی پانی چاہتی ہیں۔

سرفریڈریک ٹریويز (Sir Fredrick Treves) نے تجربہ سے اس امر کا مظاہرہ کیا تھا کہ جب مبرز میں سے "کبھی نلی" داخل کیجاتی ہے تو معمولی حالتوں اور امعا کی طبعی تیب میں یہ سگما نما عوجہ سے آگے نہیں گزاری جاسکتی۔ لیکن بیریم (barium) کا ایک غیر شفاف حقہ شمعاع نگاری سے اعوز تک پہنچا ہوا دکھائی دے سکتا ہے۔

معائے ستقیم کے خلقی فقدان یا نقص میں حوضی قولون — بعض حالتوں میں ترقعی قولون — جن ران میں کوالدی جاتی ہے اور یہاں ایک مصنوعی مبرز بنادی جاتی ہے۔ کہا گیا ہے کہ خلقی تبدیلی کے واقعات میں حوضی قولون کے غیر یقینی محل کی وجہ سے ایک وقت میں آتی ہے کیونکہ بعض اوقات یہ حوض میں دائیں جانب پر ہوتی ہے، اور بعض اوقات خط وسطی پر۔ مگر ان حملات پر یہ شاذ و نادر ہی پانی جاتی ہے۔ کم عمر شیرخوار بچوں کے ۱۰۰ بعد الموت امتحانات میں کرنگ (Curling) کو یہ چنبر ۸۵ واقعات میں بائیں جانب پر ملا۔ ۱۰ بچوں میں سے جن پر غیر منتقب مبرز (imperforate anus) کے لئے عمل کیا گیا تھا یہ چنبر صرف ایک واقعہ میں بائیں حفرہ میں ملا تھا (Montgomery)۔

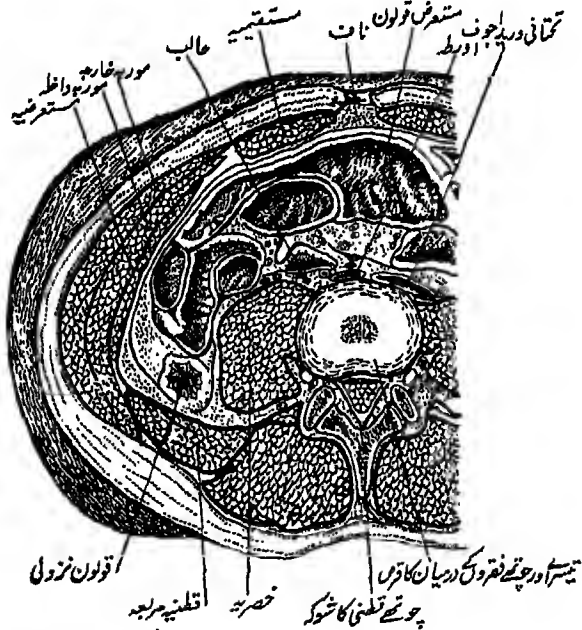
حرقی اور حوضی قولونین اکثر حیا طی طبقہ کے مضاعف عطفات کا محل ہوتی

ہیں۔ یہ عطفات ان منقعات پر واقع ہوتے ہیں جن پر عروق یا تورورہ میں داخل ہوتے ہیں اور یا ان سے باہر نکلتے ہیں۔ اس طرح عضلی طبقہ میں کمزور منقعات پیدا ہو جاتے ہیں جنہیں سے حیا طی طبقہ کے چھوٹے چھوٹے فتوق یا عطفات محل آتے ہیں اور وائڈنبر (appendices epiploicæ) اور ماساریقا کی حر میں بروز کرتے ہیں۔ قولون کا یہ حصہ براز کے لئے بطور ایک ظرف کے کام دیتا ہے اور یہ ہمیشہ تنشی طور پر منقبض رہتا ہے اور شاید یہی وجہ ہے کہ حوضی قولون میں رودہ کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت یہ عطفات اکثر پائے جاتے ہیں۔ ان عطفات کا مظاہرہ غیر شفاف حقہ دینے کے بعد شمعاع نگاری سے کبدی عوجہ تک اور اسکے اوپر تک بھی کیا جاسکتا ہے۔ لیکن یہ ترقعی حوضی قولون میں سب سے زیادہ کثرت سے پائے جاتے ہیں، اور بعض اوقات ان اشقاب واقع ہو جاتے ہیں اور التهاب باریطون پیدا ہو جاتا ہے جو گاہے گاہے متزہز ہوتا ہے



لیکن کیفیت انضمامات اسے اکثر بند کر دیتے ہیں۔ اس طرح روده کا تسد و پیدا ہوتا ہے اور گرد قولونی نرواجات بنتے ہیں۔

## حرقی یا اربی قولون شگافی (iliac or inguinal colotomy)



شکل ۱۰۵۔ ناف کے لیول پر جسم میں سے افقی تراشش۔  
(برائے Braune) کے مطابق۔

اس عمل میں جو بہت عام اور عمدہ اور سادہ عملیہ ہے حوضی قولون کو بائیں حرقی خط میں معرکہ کے کھول دیا جاتا ہے۔ شوکی تری خط سے قائمہ زاویہ پر اور مقدم فوقانی حرقی شوکہ سے تقریباً ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر کوئی ۲ انچ لمبا شگاف دیکر عضلات کاٹ دئے جاتے ہیں۔ شکم کے

تینوں عضلات (شکل ۱۰۵) اور باریطون کا ٹٹنے کے بعد حوضی عوجہ کا چنبر زخم میں لایا جاتا ہے اور محفوظ کرنے کے بعد (اسی وقت یا کچھ عرصہ بعد) کھول دیا جاتا ہے۔ عمیق منحن (deep circumflex) شریان کی صعودی شاخ خط شکاف کو کاٹتی ہوئی گذرتی ہے۔ یا شکاف عضلہ مستقیمہ میں سے بھی دیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ مقصود ہو کہ قولونی تغویہ (colostomy) مستقل ہو تو مریض کے آرام کا انحصار دہنہ پر کی عاصری ترتیب کے کارگر ہونے پر ہوگا۔ اور اس کے لئے (۱) ماسا ریتھائے قولون کے فتح میں سے دیوار شکم کو اسکی تمام دہازت میں سے ٹانگے لگا کر جوڑنا چاہئے۔ (۲) اوپر کی جانب رودہ میں کوئی ڈھیلا پن موجود نہ ہو جس سے یہ سقوط یافتہ ہو سکے (۳) براز کو نیچے کی بجائے باہر کی طرف منصرف کرنے کے لئے اچھا ہمار موجود ہونا چاہئے اور اس کے لئے بہترین طریقہ یہ ہے کہ ابتدائی عملیہ کے دس دن بعد رودہ کے برون شکی چنبرہ کو مکمل طور پر دور کر دیا جائے۔ (۴) شکاف ۲ انچ سے بہت زیادہ لمبا نہ ہونا چاہئے۔

احور دائیں جانب پر کھولی جاسکتی ہے (احوری تغویہ: caecostomy)۔ اور زورونی شکاف بالعموم وہ ہوتا ہے جو عمیق برصعدی شریان کے باہر کی طرف ترچھا دیا جاتا ہے۔ علاوہ ازیں زائدہ کو بھی کھول کر اس شکاف کے ساتھ جو بن ران میں واقع ہوتا ہے ٹانگا جسا چکا ہے (زائدی تغویہ: appendicostomy) زائدہ کے اندر کے فتح سے احور اور قولون کی آبیاری کی جاسکتی ہے اور ان کو دھویا جاسکتا ہے۔

قولون پر آری (colectomy) قولون کے ایک حصہ کا یا سارے قولون کا استیصال کرنے پر مشتمل ہے۔ احور اور بقیہ امعاء کبیر کے کافی طویل ٹکڑے دور کئے جاسکتے ہیں۔ جزوی استیصال سے سرطان قولون کا علاج کرنے میں معتد بہ کامیابی ہوتی ہے۔

معمولی نفخہ (intestinal anastomosis) یا قصر دور (short-circuiting) کا عملیہ قولون پر اکثر کیا جاتا ہے۔ چنانچہ قولون نزولی کے تسدر میں جس کا ازالہ ناممکن ہو مستعرض قولون کو لگانا (sigmoid) عوجہ سے متحد کیا جاسکتا ہے۔

قولون کی حلقی تشوہات - جن میں میں معائے سفیر ایک وقت شکم کی دائیں جانب کو

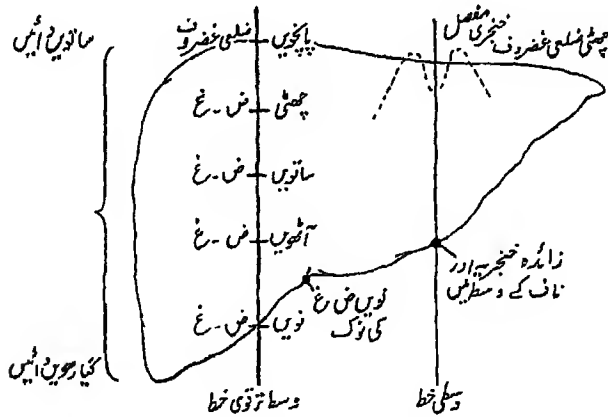
گھیرے ہوتی ہے اور معائنے کبیر ایک سپر صیغی کی قسم کی شکل ہوتی ہے جو بائیں جانب پر ناف کے خط سے لیکر حوض تک عموداً جاتی ہے۔ اعور اول اول ناف میں واقع ہوتی ہے اور پھر یہ شکم میں بائیں مراق کی طرف اوپر کی جانب کو چڑھ جاتی ہے۔ بعد ازاں یہ دائیں مراق کی طرف کو مستعرض رخ میں چلی جاتی ہے اور پھر متناظر حرقفی حفروں میں اتر جاتی ہے اور یہ اپنے عمر کے کسی حصہ میں بھی مستقل محسوس رہ سکتی ہے۔ چنانچہ اس پر بعض اوقات ناف کے ارد گرد یا کسی خلقی سری فتق میں یا بائیں مراقی خط میں پائی جاتی ہے (کیونکہ قولون کے صعودی اور مستعرض حصے موجود نہیں ہوتے)۔ نیز یہ دائیں مراق میں بھی پائی جاسکتی ہے اور اس حالت میں صرف قولون صعودی ہی غائب ہوتی ہے۔

تمام معائنے کبیر کی ایک نہ ایک وقت ماسارینا بھی ہوتی ہے اور بعض شاذ شاذ حالتوں میں یہ عم بھر ہو قرار بھی رہتی ہے۔ اسکے موجود رہنے کی حالت میں قلمیہ معائ (valvulus) کی ایک قسم پیدا ہو جاتی ہے۔

465

# باب نوزد ہیم دوسرے کی احتشاء

جگر (liver) جگر کی شکل ڈایا فرام کی حجاب کے مطابق ڈھلی ہوتی ہے، اور یہ معدہ کے کچھ حصہ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اگر صحیح صحیح کہا جائے تو اسکی صرف دو سطحیں ہی ہیں۔ ایک

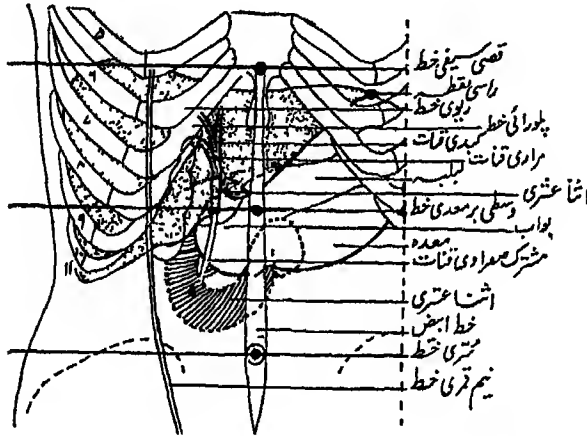


شکل ۱۰۶ جگر کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔

احتشانی سطح جو کھڑے ہونے کی حالت میں معدہ اور آٹنا عشری اور معدی کبدی ثریب اور

بلیبہ کی گردن اور قولون کے کبدی عروج اور دائیں گردہ اور دائیں جگر پر مستکن ہوتی ہے۔ ایک جدار کی سطح جو ڈایا فرام اور پیٹ کی مقدم دیوار سے تحت ضلعی زاویہ میں مٹتی ہے۔ اگر اسے سامنے کی طرف سے دیکھا جائے تو اسکا خاکہ مثلث دکھائی دیتا ہے اور اس کا راس قلب کے راس کے قریب نظر آتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ اس خط سے بہترین طور پر ظاہر کیا جاتا ہے جو قلب کی راسی ضرب سے شروع ہو کر (شکل ۱۰۷) خط وسطی کو قصبی سیفی (sterno-ensiform) نقطہ سے پہنچے گا لہذا ہوا گذرے۔ یہ کنارہ حلی خط پر پہنچ کر قصبی سیفی مستوی کے

466



شکل ۱۰۷ جگر اور مرارہ اور صفراوی قناتوں اور بلیبہ کے محل وقوع کو ظاہر کرتی ہے۔ پلورا اور پیپٹ کے زیرین حدود ظاہر کئے گئے ہیں۔

لیول تک اوپر اٹھ جاتا ہے۔ زیرین کنارہ راسی ضرب سے شروع ہوتا ہے اور خط وسطی کو وسطی برآمدی نقطہ سے تقریباً ایک انچ اوپر کاٹتا ہوا عضلہ تنقیہ کے بیرونی کنارہ پر ضلعی حاشیہ تک پہنچ جاتا ہے اور اس کے زیرین کنارہ کا بقیہ حصہ گیارھویں سپلی کی نوک تک ضلعی حاشیہ کا قنطر ہوتا ہے۔ جگر اس سپلی کے زیرین حاشیہ کے ساتھ ساتھ دائیں گردہ سے مل جاتا ہے۔

جراحی مقاصد کے لئے یہ تصور کیا جاسکتا ہے کہ جگر دائیں مراق میں تین منطبقوں سے بنا ہوا ہے۔ ایک بالائی یا ربوی، ایک درمیانی یا پورائی، ایک زیرین یا ڈایا فسرائی (شکل ۱۰۷)۔ زیرین خط میں جو وسطیٰ بغلی خط میں ۱/۲ انچ چوڑا ہوتا ہے جگر میں ٹھکانا دیا جاسکتا ہے یا اس کا استقصا کیا جاسکتا ہے۔ وسطیٰ منطقہ میں جس کا عرض آٹھ انچ ہی ہوتا ہے پورائی انعکاس پایا جاتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں نیچے کی کور دائیں جانب ضلعی غصروں کے حاشیوں سے ۱/۲ یا ۱/۳ انچ نیچے ہوتی ہے۔ لیٹنے کی حالت میں جگر تقریباً ایک انچ اوپر چڑھ جاتا ہے اور سوائے تحت ضلعی زاویہ کے پسلیوں سے تمام پوشیدہ ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ زیرین بھی اوپر چڑھ جاتا ہے اور شہن میں نیچے چلا جاتا ہے۔

مراہ (gall-bladder) کا قعر نوں ضلعی غصروف کے نیچے دائیں عضلہ مستقیم کے بیرونی کنارہ کے قریب سطح کے نزدیک پہنچتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ اس کا محل نہایت اختلاف پذیر ہے اور یہ اکثر مذکورہ بالا محل سے کافی نیچے اور باہر کی جانب واقع ہوتا ہے۔

جگر کی شکل اوپر کی طرف ڈایا فرام اور نیچے کی طرف شبکی اعضاء سے برقرار رہتی ہے اور یہ انہی کے مطابق ڈھلا ہوتا ہے۔ جب اسے جسم سے علیحدہ کر لیا جاتا ہے تو اس کی سابقہ میری کا غائب ہو جاتی ہے۔ اس کی شکل میں بہت سے اختلافات پائے جاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین ایک زبان نما زائدہ (linguiform process) ہے (اسے اکثر ریڈل کے لغت Riedel's lobe کے نام سے موسوم کیا جاتا ہے) جو دسویں ضلعی غصروف کے نیچے دائیں لختہ کے حاشیہ سے باہر کو نکلا ہوتا ہے۔ یہ عورتوں میں مردوں کی نسبت زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے اور غلطی سے سائب گردہ (floating kidney) یا شکمی سلحہ تصور کر لیا جاتا ہے۔

جو حالت استرخائے جگر (ptosis of the liver) کے نام سے مشہور

ہے اس میں اس کی بالائی سطح ڈایا فرام کے گنبد میں آگے کی طرف کو بھیل جاتی ہے اور اس کا زیرین کنارہ بعض اوقات ناف کے لیول تک نیچے اتر آتا ہے یا حرقضی حفرہ تک پہنچ جاتا ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ ۴۲۵)۔ مزید برآں اس زوے کے ساتھ ہی اس سے مستعرض محور میں گردش پایا واقع ہو جاتی ہے، جس سے اس کی ڈایا فرامی سطح تقریباً مکمل طور پر سامنے کی طرف آ جاتی ہے۔

ایسی حالت میں ان اسباب پر غور کرنا ضروری ہے جو جگر کو اپنے محل پر قائم رکھتے ہیں اور یہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) جگر کی وہ تثبیت جو وریدا جوف نختانی (inferior vena cava) اور اس لیفی بافت کے ذریعہ سے ڈایا فرام کے ساتھ ہوتی ہے جو اس ورید کے قریب وجہ میں دائیں لختہ کی غیر باریطونی موخر (خمری) سطح پر ہوتی ہے۔ اس چسپیدگی کو ماسا لیفائیے جگر (mesohepar) کے نام سے تمیز کرنا مناسب ہے۔ (۲) وہ باریطونی نخلن بھی جو دائیں اور بائیں جانبی (منشی) اور اگیلی (coronary) اور ہنیا نخل (falciform) بلاطات پر مشتمل ہوتے ہیں اسکو ڈایا فرام سے چسپیدہ کرتے ہیں۔ ششک ڈھیلے ہوتے ہیں تاکہ جگر کی وہ حرکتیں جو دوران نفس اور معدہ کے پُر اور خالی ہونے کے وقت ظہور پذیر ہوتی ہیں آزادانہ واقع ہو سکیں۔ (۳) عضلی شکی دیوار جو دوسرے شکی احشاء کو جگر کی زیرین سطح کے بالمقابل سلسلہ دبائے رکھتی ہیں، جگر کو اپنے محل پر قرار رکھنے کا ایک خاص ذریعہ ہیں۔ ۴۰ سال سے زیادہ عمر کی بہت سی عورتوں میں جگر کا زیرین لختہ گیارہویں پسلی کے نیچے سے پورا دو انچ نکلا ہوتا ہے۔ اور جیسا کہ بچوں میں ہوتا ہے بائیں لختہ کا سراطحاں کے بالائی حصہ سے سس کرنا ہے یا اس پر متراکب بھی ہوتا ہے۔ ہر ایک شکی شش کی نسبت جگر کو فٹگیوں سے زیادہ کثرت سے منشق ہوتا ہے۔ اور اس امر کی توجہ اسکی جسامت کے بڑے ہونے اور اس کے محل کے مقابلہ مثبت اور اس کی ساخت کے چھوٹکے ہونے اور اس کے عروق میں خون کی بہت سی مقدار موجود ہونے سے ہوتی ہے۔ اگر طبعی جگر کی وریدوں میں بطینی وباؤں پر اثر کیا جائے تو اس میں اس کے ہم وزن خون کی گنجائش ہو جائے گی (سلیمنین Salaman)۔ اس قسم کی ضربوں میں موت بالعموم نصف سے واقع ہوتی ہے، کیونکہ بائی اور کبدی وریدوں کی دیواریں جو جرم جگر میں ضم ہوتی ہیں باز کشیدہ یا مہبوط یافتہ نہیں ہو سکتیں۔ مزید برآں کبدی وریدیں وریدا جوف میں بلا واسطہ کھلتی ہیں۔ اور چونکہ ان میں مصاریع نہیں ہوتے اس لئے اگر خون کی رو میں کسی قسم کی مراجعت نمودار ہو تو ان میں سے خون کی بہت زیادہ مقدار نکل جاتی ہے۔ کبدی عروق کی دیواریں پتلی ہوتی ہیں اور سوائے مدفون دوختوں کے ان کو باندھنا تقریباً ناممکن ہوتا ہے۔ باریطونی طبقہ کو ضرر پہنچنے کے بغیر جگر کا منشق ہونا ممکن ہے اور ایسے تضرعات سے بعض اوقات شرفا جلد محل ہو جاتی ہے۔ جگر کے نیچے کی طرف ایک کافی وسیع غیر باریطونی سطح

ہوتی ہے جس پر اشتقاق یا زخم کہنے شکم میں وہاں بدری ہوئے بغیر واقع ہو سکتا ہے۔ جگر کا جو تعلق دائیں طرف کی پیچے کی پسلیوں کے ساتھ ہوتا ہے اس سے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کو پسلیوں کے کسر میں نقصان پہنچ سکتا ہے، اور بعض حالتوں میں ہڈیوں کے شکستہ سرے ڈایا فرام میں سے گزر کر جرم جگر میں گھس گئے ہیں۔ نیز دائیں طرف کی چھٹی اور ساتویں بین فضاؤں پر کی ہولیس جو جگر کے خطہ پر واقع ہوں پھیلے ہوئے اور جگر کو زخمی کر دیتی ہیں اور ڈایا فرام پر اثر انداز ہوتی ہیں اور پورائی اور باریطونی دونوں انفوں کو کھول دیتی ہیں۔

جگر کے تعلقات پر ایک نظر ڈالنے سے یہ آسانی سمجھ میں آجائے گی کہ کبھی خراج پلورا اور بعض اوقات پھیپھڑے میں بھی کھل سکتا ہے، جس سے خشک آلوچہ کی رنگت کا باساق جو متکسر جگر پر مشتمل ہوتا ہے بذریعہ نفث خارج ہوتا ہے۔ مزید براں کبھی خراج رودہ میں باسطح جسم پر بھی پھٹ جاتا ہے۔ ایسے خراج شاذ نادر مثالوں میں معدہ میں بھی کھل چکے ہیں۔ جگر میں نفیج الدم کا ثانوی خراج بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے اور برائنٹ (Bryant) کے اعداد و شمار کے مطابق اس حشائیں کسی دوسرے حصہ جسم کے تضررات کی نسبت سر کے تضررات کے بعد خراجات زیادہ کثرت سے واقع ہوتے ہیں۔ بولی اعضا کے عوارض کے بعد جو نفیج الدم پیدا ہوتا ہے اس میں یہ شاذ و نادر ہی پائے جاتے ہیں۔ اور احتراقات کے بعد

نفیج الدم میں بھی یہ اتنے ہی نادر وقوع ہیں۔ سلعات و خراجات کے ثانوی مسطروحات اکثر اس خطہ کے دائیں یا بائیں جانب تک ہی محدود رہتے ہیں جو مرارہ کے قعر سے لیکر ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) تک پھینچا جائے اس عجیب و غریب تحدید کی توجہ اس امر سے ہوتی ہے کہ اس خطہ کی دائیں جانب پر جگر کو بانی ورید کی صرف دائیں انتہائی قسمت ہی سے رسد ملتی ہے، اور اس کی بائیں جانب کا حصہ صرف بائیں قسمت ہی سے خون وصول کرتا ہے (Cantlie)۔

مرارہ (gall-bladder) بعض اوقات موجود نہیں ہوتا۔ مثلاً یہ بعض حیوانات میں نہیں پایا جاتا، یا مرض سے یہ ایک ندبہ کی شکل میں تبدیل ہو جاتا ہے، مگر اس کا قعر عام طور پر جگر کے مقدم کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے اور نویں ضلعی غضروف اور عضلہ مستقیم بطنیہ



(rectus abdominis) کے بیرونی کنارہ کے درمیان یہ دیوار شکم کے قریب پایا جاتا ہے۔ یہ علیہ سے اکثر علیحدہ کر دیا جاتا ہے اور صفراوی قنات میں بظاہر کوئی خلل واقع نہیں ہوتا۔ اس کی غشاؤں مخاطی کا منظر عجیب طور پر شبک اور شہد کی مکھیوں کے چھتے کی طرح کا ہوتا ہے، اور یہ غشا اسطوانی سرحد سے بنی ہوتی ہے جس سے مخاط کا افراز ہوتا ہے اور اس میں جذب کرنے کی طاقت بھی ہوتی ہے، اسی لئے صفرا مرارہ میں مرکوز ہو جاتا ہے۔ جب یہ ملتہب ہو جاتی ہے تو خلیات سے ایک متغیر افراز بکثرت خارج ہوتا ہے جس میں اگر خارجی بہاؤ بند ہو جائے تو کو لیٹرول (cholesterol) مطروح ہو جاتا ہے۔

کو لیٹرول (cholesterol) کے مراری حصات کے بننے میں مندرجہ ذیل اسباب ملکر کام کرتے ہیں۔ (۱) مفراط کو لیٹرول دمویت (cholesterolæmia) (جیسا کہ حل یا تپ محرقہ کے بعد)۔ (۲) التهاب کی وجہ سے رجعت پذیر کو لائیڈ مخاط کی تبدیلی جویت نائڈ ایلیڈیونی کو لائیڈ میں۔ (۳) رکود صفرا۔ (۴) کسی نوات کی موجودگی مثلاً نازلتی خلیات یا جرثومی نوآبادیاں۔ علاوہ ازیں اگر بہت سا التهاب موجود ہو تو صفراوی الوان کیلسیم (calcium) کے اضافہ کی وجہ سے حل ناپذیر بن جاتے ہیں، اور لونی حصیات طیار ہو جاتے ہیں۔ بہت سے حصیات مخلوط ہوتے ہیں، اور ان میں کو لیٹرول اور لون کی متبادل نہیں پائی جاتی ہیں۔ خالص کو لیٹرول کے حصات کا رجحان زرد اور مجرد ہونے کی طرف ہوتا ہے، اور یہ بعض اوقات مرغی کے انڈے کے برابر ہو جاتا ہے۔ لونی حصیات اکثر چھوٹے چھوٹے اور کثیر التعداد اور رنجیدہ دار ہوتے ہیں۔

مرارہ جس کی شکل ناسپاتی نما ہوتی ہے، دفعۃً ایک تنگ گردن میں کھل جاتا ہے جو آگے بڑھ کر ایک زاویہ مادہ پر دوہری قنات میں تبدیل ہو جاتی ہے جو اس سے بھی زیادہ تنگ ہوتی ہے۔

**دوہری قنات (cystic duct) تقریباً ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اس میں**

ایک مرغولی ہل ہوتا ہے جس کے اندرونی پھچوں سے ہیستہ (Heister) کا شلف نما مرغولی مصراع بنتا ہے۔ اگر غیر متسع قنات میں سلائی داخل کی جائے تو یہ مصراع اور اس زاویہ کی حادیت جو اس قنات کی ابتدا پر ہوتا ہے سلائی کے گذرنے میں ایک بڑی حد تک

مانع آتے ہیں۔

گھڑے ہونے کی حالت میں مرارہ کے طویل محور کا رخ اوپر اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ اور دوہری قنات (cystic duct) کا نیچے کی اور اگلی طرف کو (شکل ۱۰۷)۔ دوہری قنات معدی کبدی ثرب کے کبدی اثنا عشری حصہ میں واقع ہوتی ہے جہاں اس کے کبدی قنات کے ماتھے ملنے سے مشترک صفراوی قنات بنتی ہے۔

دوہری شریان (cystic artery) اس کے ساتھ ہوتی ہے اور یہ اس کے اور جگر کے درمیان سے گذر کر دو شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک مرارہ کی بالائی جانب پر اور دوسری اس کی کبدی جانب پر چلی جاتی ہے۔ (دوہری وریدیں (cystic veins) براہ راست جگر میں جاتی ہیں اور بائی شعری نظام (portal capillary system) میں ختم ہو جاتی ہیں۔ جگر کے جس حصہ میں دوہری وریدیں داخل ہوتی ہیں وہ التهابِ مرارہ (cholecystitis) میں بعض اوقات منقبض یا مذبذبول ہوتا ہے۔

471

### مشترک صفراوی قنات (common bile duct) تین انچ لمبی

ہوتی ہے، اور اس کا درون ۱/۲ انچ چوڑا ہوتا ہے، لیکن مراری حصیات کے گذرنے سے اس کا طبعی قطر بعض اوقات تین یا چار گن ہو جاتا ہے۔ یہ چار حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ (۱) فوق اثنا عشری حصہ ثربی سوراخ (epiploic foramen) (ونسکو Winslow کے سوراخ) کے سامنے کی طرف معدی کبدی ثرب میں واقع ہوتا ہے۔ اور بائی ورید (portal vein) اس کے پیچھے اور کبدی شریان (hepatic artery) اس کی عین بائیں جانب کو ہوتی ہے۔ (۲) پس اثنا عشری حصہ اثنا عشری کے پہلے حصہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور کبدی شریان کی فوقانی لمبی اثنا عشری (superior pancreatico-duodenal) شاخ اس کو عبور کرتی ہے۔ (۳) تیسرا حصہ ایک میزاب میں چلا جاتا ہے جو لبلبہ کے سرا اور اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے درمیان ہوتا ہے۔ بڑی لمبی قنات (ورسنگ کی Wirsung's) اسی سے ملتی ہے۔ (۴) انتہائی ۱/۲ انچ اثنا عشری کی دیوار میں مدفون ہوتا ہے، جس میں سے یہ ایک ترچھے رخ میں گذر کر یواب سے تقریباً ۴ انچ کے فاصلہ پر

ایک جلیبہ پر ختم ہوجاتا ہے، جو واٹر کے انتفاخ (ampulla of Vater) میں ہوتا ہے۔  
 قنات کے اعتقاد پر جہاں یہ تنگ ترین ہوتی ہے اس کے ارد گرد ایک عاصہ (فوق انتفاخی  
 عاصہ: supra-ampullary sphincter) ہوتا ہے جو صفرا کے بہاؤ کو منظم کرتا ہے۔  
 قنات کے زیر نصف حصہ کا درونہ اوپر کے نصف حصہ کے درونہ سے کم ہوتا ہے۔ اللفی غدود  
 معدی کبدی ثرب میں صفراوی قنات (bile-duct) کی جانب پر واقع ہوتے ہیں۔ اور  
 مکلس ہونے کی حالت میں یہ غلطی سے مراری حصیات تصور کئے جاسکتے ہیں۔  
 قنات کے فوق اثنا عشری حصہ میں پھنسا ہوا مراری حصات قنات کو معدی کبدی  
 ثرب میں کبدی ورید کو احتیاط سے پھا کر کھولنے سے براہ راست نکالا جاسکتا ہے۔ دوسرے  
 اور تیسرے حصوں تک رسائی باریطون کو اثنا عشری کے دوسرے حصہ کے باہر کی طرف کاٹنے  
 اور اثنا عشری اور لبلبہ کو باہر کی اور آگے کی طرف دائیں گردہ کے اندرونی کنارہ سے دوسرے  
 دھکیلنے سے کی جاسکتی ہے۔ انتہائی حصہ تک اثنا عشری کے دوسرے حصہ کی مقدم دیوار کو  
 اس کے وسط کے قریب کھولنے سے پہنچا جاسکتا ہے۔

472

مرارہ کی عصبی رسد جبل کے آٹھویں اور نویں قطعوں سے عظیم احتشائی

(great splanchnic) اور شکمی (celiac) ضغیروں کی ذریعہ سے آتی ہے (ہیڈ  
 Head: مراری حصیات سے پیدا شدہ شدید قولنج جس کے متعلق یہ خیال ہے کہ یہ صفراوی  
 قناتوں کے غیر مخطط عضلی طبقہ کے تشنج سے عارض ہوتا ہے، نویں ظری عصب کے ساتھ ساتھ  
 شکم کی مقدم دیوار کی طرف منعکس ہوتا ہے۔ مشار کی اعصاب کا ہیجان دوبری قنات کے  
 عضلہ کو منقبض کرتا ہے لیکن مرارہ کے عضلہ کو مرتجی کرتا ہے (ٹی۔ آر۔ الیٹ (T. R. Elliot)۔  
 صفراوی نظام کے عضلی نظام کے انقباضات اور معدہ کے حرکات میں باہمی تعلق موجود ہوتا  
 ہے۔ اور اس لئے کھانا کھانے کے جلد بعد ان انقباضات کے واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے  
 (لن تھا مس: Lynn Thomas)۔ بہر حال ایورٹس گراہم (Evarts Graham) نے  
 یہ ظاہر کر دیا ہے کہ حیوانات میں مرارہ کی بجائے بڑا ایک بصلہ رکھا جاسکتا ہے، اور صفرا خیر  
 دھاروں میں بہتا ہے جو بظاہر اثنا عشری کی اس حرکت دودید سے منضبط رہتی ہیں جو فوق

انتفاخی ماحصر پیدل کرتی ہے۔

مرارہ اور صفراوی قنات انشقاق جگر کے بغیر کیلے منشق ہو چکے ہیں۔ ان کا تضور صفرا کے کہنے باریطون میں داخل ہو جانے کی وجہ سے جلد ہلک ثابت ہوتا ہے۔ بڑے بڑے مراری حصیات بعض اوقات کسی ناسوری راستہ سے جو مرارہ اور اثنا عشری یا قولون کے درمیان بگٹیا ہو بلا واسطہ امعاء میں چلے جاتے ہیں۔ مراری حصیات تفتیح نے ذریعہ سے شکم کی مقدم دیوار میں سے باہر نکل چکے ہیں اور یہ جدور کے اندر کے خراجات سے بھی باہر نکالے جا چکے ہیں۔ جن واقعات میں دویری قنات (cystic duct) مراری حصیات یا دیگر اسباب سے مسدود ہو جاتی ہے ان میں مرارہ بعض اوقات مخاط سے بھید شمع ہو جاتا ہے۔ اور اس سے ایک سلسلہ بن جاتا ہے (قبیلہ مخاطیہ: mucocele) جو کسی حد تک ناف کے پار چلا جاتا ہے۔ اتنا بڑا سلسلہ بھی بن چکا ہے کہ یہ تودہ غلطی سے بیضی دورہ تصور کر لیا گیا تھا۔ جب مرارہ میں کلانی واقع ہوتی ہے تو اس کا رجحان اس خط کے ساتھ ساتھ بڑھنے کی طرف ہوتا ہے جو دائیں دسویں غضروف کی نوک سے لیکر خط وسطی کو کاٹتا ہوا ناف کے نیچے تک جائے۔

473 **مراری تفویہ (cholecystostomy)** مرارہ کو تھریسے کھولنے اور حصیات

نکالنے اور اس کی سیلیت قائم کرنے کا عمل ہے۔

**مراری معوی تفویہ (cholecystenterostomy)** میں مرارہ سے

لیکرا اثنا عشری یا معدہ کے اندر تک (مراری معدی تفویہ: cholecystogastrostomy) دور قصیر بنا دیا جاتا ہے۔ قولون میں یہ نہ نانا چاہئے کیونکہ مرارہ میں جراثیمی تلویث واقع ہو جاگی۔

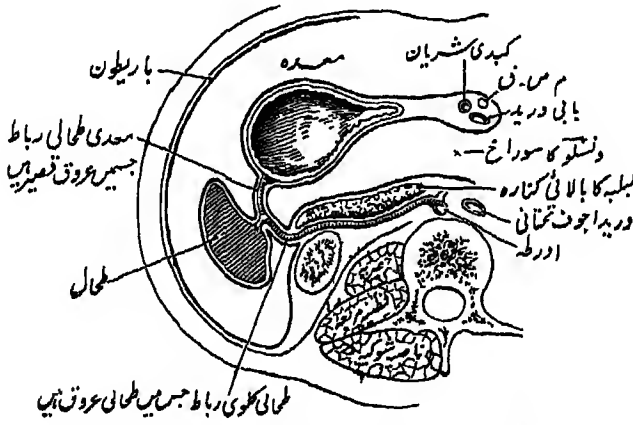
**مرارہ برآری (cholecystectomy)** میں ویرشی یا (cystic artery)

کو ضرور ابتدا ہی میں احتیاط سے تلاش کر لینا اور باندھ دینا چاہئے۔ اور دویری قنات کو اس وقت نہ کاٹنا چاہئے جب تک کہ محتاط تقطیع سے جراح کو اس امر کا یقین نہ ہو جائے کہ مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کو ضرر پہنچنے کا کوئی خطرہ نہیں۔ تینوں قناتوں یعنی

دویری (cystic) اور کبدی اور مشترک کو اچھی طرح سے دیکھ لینا چاہئے، کیونکہ تشویشی بے قاعدگیوں کا درالوقوع نہیں۔ مزید برآں دورانِ عملیہ میں جب مددگار جگر کو گردش دیتا ہے تو مشترک صفراوی قنات بعض اوقات باہر کی طرف اتنا گھنچ آتی ہے کہ اس کی دیواریں دویری قنات ہی کا حصہ معلوم ہوتی ہیں۔ اس امر میں احتیاط کرنے سے مشترک قنات انفقائی طور پر زخمی نہیں ہوتی جس کی مرمت کرنا بعض اوقات بہت مشکل ہوتا ہے۔

طحال - طحال بائیں مراقی خطہ میں گہری واقع ہوتی ہے۔ اور طبعی حالت میں اس کا

474



شکل ۱۰۸ - شکم کے بالائی حصہ میں سے تراش۔

(روڈنگر Rüdinger)

جس نہیں کیا جاسکتا، کیونکہ سامنے کے طرف سے یہ معدہ کے قلبی سرے سے بالکل پوشیدہ ہوتی ہے۔ اس کے وہ حصے جو دسویں اور گیارہویں پسلیوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں سطح سے قریب ترین ہوتے ہیں۔ اس سے اوپر یہ پیچھے کی کور سے بتماہر متراکب ہوتی ہے۔ جدورہ شکم سے یہ ساری کی ساری ڈایا فرام کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ یہ بہت ترجیحی واقع ہوتی ہے اور اس کا طویل محور دسویں پسلی کے خط کی تقریباً صحیح صحیح مطابقت کرتا ہے۔ اس کے سب سے اوپر کے اور سب سے نیچے کے مقامات علی الترتیب نویں ٹھہری اور پہلے قطنی شوک کے لیول پر

ہوتے ہیں۔ اس کا اندرونی سرا جسم کے وسطی مستوی سے تقریباً  $\frac{1}{4}$  انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور اس کا بیرونی سرا وسطی بغلی خط کے قریب قریب پہنچتا ہے (کواین: Quain)۔ اس کی تین سطحیں ہوتی ہیں، سعدی اور کروی اور ڈایا فرامی، (دیکھو شکل ۱۰۸)۔

جو جراح طحال برآری (splenectomy) کا ارادہ رکھتا ہو اس کے لئے اس کی باریطونی اور حثائی سطحیں اہمیت رکھتی ہیں۔ مستعرض تراش کے رف خطی خاکہ (شکل ۱۰۸) سے ظاہر ہوتا ہے کہ طحال اپنی رسد خون (۱) طحالی شریان سے جو شکمی محور سے نکل کر بلبہ کے بالائی کنارہ کے موخر جانب کے ساتھ ساتھ پیچ کھاتی ہوئی جاتی ہے اور بلبہ میں طحالی کروی باریطونی رباط (lienorenal peritoneal ligament) میں سے ہو کر داخل ہو جاتی ہے اور (جب) عروق قصیر سے جو معدی طحالی (gastro-splenic) رباط میں داخل ہوتے ہیں حاصل کرتی ہے۔ لہذا طحال برآری میں ان رباطات کو ابتدا ہی میں واضح کر لینا اور ان کے اندر کے عروق کو باندھنا ضروری ہوتا ہے۔ علاوہ ان میں طحال کا بالائی قلب معدہ کے قلبی سرے کے قریب باریطون کے طحالی ڈایا فرامی شکن سے چسپیدہ ہوتا ہے، اور زیرین قطب ضلعی قولونی باریطونی شکن پر متمکن ہوتا ہے اور بلبہ کی دم اور قولون سے مس کرتا ہے۔

مخلوع یا سائب طحال (floating spleen) شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے مگر بالغوں میں یہ بھی موجود ہوتی ہے۔ یہ عضو اپنی باریطونی اور عرق چسپیدگیوں ہی سے نہیں بلکہ دیوار شکم کے اس ہمارے سے بھی جو دوسرے احتذا میں سے ہو کر اس تک منتقل ہوتا ہے اپنی جگہ پر قائم رہتا ہے۔ گاہے گاہے حرکت پذیر طحال اپنی جگہ سے اس حد تک ٹل جاتی ہے کہ بائیں سحر قفی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے۔

جب طحال مرض میں کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو اس کا کنگرہ دار مقدم کنارہ دسویں ضلعی غضروف کے نیچے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

**تضررات۔** اگرچہ طحالی طحال کی ساخت نہایت خستہ ہوتی ہے لیکن یہ زیادہ کثرت نشین نہیں ہوتی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ اس کے تعلقات کا رجحان ارتجاعات اور کوٹیکلیوں کے اثرات کو اقل بنا دینے کی طرف ہے۔ مگر جب طحال کلانی یافتہ ہو جاتی ہے تو یہ نہایت آسانی سے منشق ہو جاتی ہے! اور اکثر بہت معمولی سی ضرب سے ایسا ہو جاتا ہے۔

چنانچہ عضلات کا زور پڑنے سے کلانی یافتہ طحال کے منقبض ہونے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ مثلاً ایک عورت کی طحال گرنے سے بچنے کی کوشش کرتے وقت اور ایک اور عورت کی طحال ضرب سے بچنے کے لئے ایک طرف کو کود کر بچنے کے دوران میں منقبض ہو گئی تھی اور ایک سپاہی کی طحال بائیسکل کی کاٹھی پر اچھل کر بیٹھنے کی کوشش کرتے وقت پھٹ گئی تھی۔ چونکہ طحال نہایت ہی کثیر العروق ہوتی ہے اس لئے یہ ظاہر ہے کہ اس حشا کے انقباضات زرف کی وجہ سے اکثر ہلک ثابت ہوتے ہیں۔ اسی موضوع کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا مناسب ہے گا کہ دوران ہضم میں طحال میں خون کی مقدار اور سب حالتوں سے زیادہ ہوتی ہے۔ نویں دسویں اور گیارہویں پسلیوں کے شدید کسور میں بعض اوقات طحال کو نقصان پہنچ جاتا ہے اور یہ دریدہ ہو جاتی ہے۔

طحال کا کیسہ ایک عضلی بافت پر مشتمل ہوتا ہے اور اس میں ایک متوازن انقباض کی طاقت پائی جاتی ہے۔ اس امر سے اس عضو کے ان محدود زخموں سے جو بدوق کے چھوٹے چھوٹے زخموں کی طرح کے ہوں شفا یاب ہونے کے واقعات کی توجیہ ہو سکتی ہے۔ ایسے ضررات میں کیسہ منقبض ہو جاتا ہے اور اس حشائیں جو سوراخ ہوتا ہے اس کو بہت تنگ کر دیتا ہے۔ اور گولی یا چاقو کا راستہ خون کے ٹھک سے بھر جاتا ہے اور اس طرح جریان خون بعض اوقات بند ہو جاتا ہے۔

### طحال برآری (splenectomy) مندرجہ ذیل حالتوں کے لئے کامیابی سے

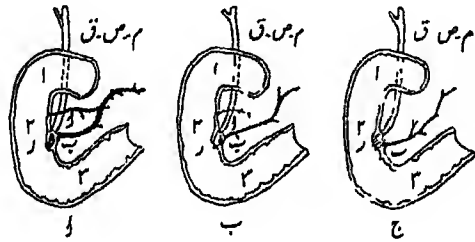
سرانجام دی جاسکتی ہے۔ دریدگی اور طحال سائر (wandering spleen) اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) کے لئے، اور طحالی عدم دمویست (splenic anæmia) کے لئے [حتیٰ کہ بینٹی (Banti) کے مرض کے ان مدارج میں بھی جن میں کہبت جگر (hepatic cirrhosis) اور استسقاء واقع ہو گیا ہو]، اور طلیہ یا اور کالازار (kala-azar) اور کبر الطحال مصری (Egyptian splenomegaly) کی کلانیوں کے لئے اور نیز مختص المقام تدرن کے نادر الوقوع واقعات کے لئے لیکن شرح اموات کے زیادہ ہونے کی وجہ سے بعض دمویست (leukæmia) میں اس کی سرانجام دہی جائز نہیں۔

صفحہ 474 پر کی شکل کو دیکھئے۔ یہ ظاہر ہو گا کہ طحالی عروق طحالی کلوئی رباط میں سے گذر کر طحال میں داخل ہوتے ہیں اور ان سے عروق قصیر (vasa breva) نکلتے ہیں جو معدی طحالی ثرب میں سے جو طحالی کلوئی رباط کے سامنے واقع ہوتا ہے گذر کر معدہ کو جاتے ہیں۔ لہذا طحال کو نکالنے میں اس کو علیہ کے ابتدا ہی میں آگے کی اور اندر کی طرف کو گھما دینا چاہئے تاکہ پانچہ تک رسائی ہو جائے۔ اور جب یہ احتیاط سے باندھ دیا جائے تو مزید خوفناک نزف کے وقوع کی امید نہ کرنا چاہئے۔ عروق قصیر (vasa breva) بعد میں باندھے جاسکتے ہیں۔ طحال کا پانچہ بلبلہ کی دم کے بالائی کنارہ سے تعلق رکھتا ہے، اور اسے بندش میں شامل نہ کرنا چاہئے۔

بلبلہ (pancreas) معدہ کے پیچھے پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے سامنے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۰۷)۔ خط وسطی کو یہ وسطی بر معدی (mid-epigastric) خط کے پیچھے عبور کرتا ہے۔ لاغور موضوعات میں اور اس حالت میں جبکہ معدہ اور قولون خالی ہوں یہ بعض اوقات گہرے دباؤ سے استرخائے احتشاء میں محسوس کیا جاسکتا ہے۔ معدہ کا سیقوط بلبلہ کو انحنائے صغیر کے اوپر معراج چھوڑ دیتا ہے۔ یہ بہت سی اہم ترین ساختوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ شیمی ضغیرہ کے ساتھ یہ اتنا قریبی تعلق رکھتا ہے کہ یہ ساخت اس کے الہابی عوارض میں لازمی طور پر نافذ ہو جاتی ہے۔ اور اس کے سر اور اس کی گردن پر کے عملیتی طریقہ یا کار میں اس میں لازمی طور پر خلل پیدا ہوتا ہے۔ بلبلہ قنات (pancreatic duct) (ورنگ: Wirsung: کی قنات) بالعموم مشترک صفراوی قنات (common bile-duct) کے ساتھ انتہائی (وہاٹری Vaterian) انتفاخ میں ختم ہوتی ہے (شکل ۱۰۹-۱)۔ اس لئے اگر کوئی مراری حصات اس مقام پر اٹک جائے تو بعض اوقات دونوں قناتیں بند ہو جاتی ہیں یا یہ بھی ممکن ہے کہ صفرا بلبلہ قنات میں چلا جائے۔ یہ انتفاخ بعض اوقات جسمزدی (شکل ۱۰۹-ج) یا مکمل (شکل ۱۰۹-ج) طور پر دو حصص میں منقسم ہوتا ہے (۳۰ فیصد واقعات میں ایسا ہوتا ہے) جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دونوں قناتوں کے درمیان جالحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ ایسی حالتوں میں جب صفراوی گذر گاہ کی انتہا بند ہو جاتی ہے تو بلبلہ قنات کھلی رہ جاتی ہے۔ ایک معین قنات (accessory duct) (سینٹورینی: Santorini)



کی قنات) ۵ فیصدی موضوعات میں کم و بیش نمایاں فتنہ حالت میں پائی جاتی ہے۔ بعض اوقات یہ بڑی قنات سے تعلق رکھتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ا میں ظاہر کیا گیا ہے اور بعض اوقات یہ صرف ایک چھوٹی سی قنات تک ہوتی ہے جیسا کہ شکل ۱۰۹-ب میں دکھایا گیا ہے۔ معین قنات واٹر (Vater) کے انتفاخ سے تقریباً پیم لچ اوپر بواب کے نسبتاً قریب کھلتی ہے۔ انتفاخ کے اوپر بالعموم ایک حلیمہ ہوتا ہے جو اثنا عشری میں ابھرا ہوتا ہے۔ لیکن یہ حلیمہ دار حالت ہمیشہ موجود نہیں ہوتی۔ ان قناتوں کے ذریعہ سے عفونی حالتیں بعض اوقات اثنا عشری سے بلبلہ یا



شکل ۱۰۹ بلبلہ اور صفراوی قناتوں کے ختم ہونے کے طریقوں کے اختلافات کو ظاہر کرتی ہے۔

ا۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات (۴-۵-۶) اور اصلی بلبلہ قنات (۷) انتفاخ (۸) میں ختم ہوتی ہیں۔ ا۔ معین قنات ۱-۲-۳۔ اثنا عشری کے پہلے دوسرے اور تیسرے درجے۔  
 ب۔ وہ صورت جس میں انتفاخ جزوی طور پر منقسم ہوتا ہے۔ معین قنات چھوٹی کر کے دکھائی گئی ہے۔  
 ج۔ وہ صورت جس میں مشترک صفراوی قنات اور بلبلہ قنات کے اثنا عشری میں کسلنے کے علاوہ علیحدہ فحات ہوتے ہیں۔ معین قنات موجود نہیں۔

مرارہ میں چلی جاتی ہیں مشترک صفراوی قنات کا دوسرا درجہ بلبلہ کے سراور اثنا عشری کے دریا واقع ہوتا ہے۔ چنانچہ ایسا بھی ہوتا ہے کہ اس غدہ کے اس حصہ کے سرطمان میں یہ قنات بالکل

مسدود ہو جاتی ہے اور یرقان پیدا ہو جاتا ہے، با اثناعشری یا قولون بھی دباؤ سے کم و بیش مسدود ہو جاتی ہیں، یا قرب و جوار کے عروق بند ہو جاتے ہیں۔ بواب کا سرطان بعض اوقات بلا واسطہ توسیع سے بلبہ کے سر تک بڑھ آتا ہے۔ مزید برآں ان دونوں حصوں کے عروق لمف بھی آزادانہ ربط و راہ رکھتے ہیں۔

478 بلبہ باریطون کے تاجہ صغیر (درجک ثربی: bursa omentalis) کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اس کی مقدم سطح اس تاجہ کی موخر دیوار سے ڈھکی ہوتی ہے۔ یہ اورطہ کے سامنے اس کی دونوں شاخوں شکمی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماساریٹنی (superior mesenteric) کے درمیانی زاویہ میں واقع ہوتا ہے۔ جن میں سے قبل الذکر شاخ اوپر ہوتی ہے اور موخر الذکر نیچے۔ بانی ورید اس غدہ کی گردن کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو جاتی ہے۔

جراحی نقطہ نگاہ سے بلبہ کا جسم معدہ کی موخر دیوار کے یا اسکے انحنائے صغیر کے قرص (زین نما قرص) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کی دم طحال تک پہنچی ہوتی ہے اور طحال کے ساقچہ کی بندش میں بعض اوقات بندہ جاتی ہے۔ بلبہ دو یروں کا رجحان بائیں جانب پر طحالی عوجہ کے زاویہ میں نمودار ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ معدی قولونی ثرب کو عموداً کاٹنے سے ان تک رسائی کی جا سکتی ہے۔ لیکن بعض حالتوں میں جن کے ساتھ استرخائے معدہ (gastroptosis) بھی موجود ہوتا ہے معدی کبدی ثرب کے وسطی عظیم العروق حصہ میں سے زیادہ آسانی کے ساتھ سوراخ کیا جا سکتا ہے۔

لینگر ہینس (Langerhans) کے جزیرک۔ جب بلبہ کی خرد بینی

تراشوں کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس غدہ کے طبعی عنیبات کے درمیان خلیات کے کثیر التعداد چھوٹے چھوٹے گردہ دکھائی دیتے ہیں۔ لینگر ہینس کے یہ جزیرک غدہ کے وہ عنیبات ہیں جن کی شکل و صورت میں اندرونی افراز پیدا کرنے کے لئے ترمیم ہو گئی ہے (سویل ونسینٹ: Swale Vincent) ان کی تعداد ۳۰۰ سے لیکر ۷۰۰ تک ہوتی ہے (ایم۔ آے لین: M. A. Lane)۔ ان جزیرکوں کی تباہی سے مرض ذیابیطس پیدا ہو جاتا ہے۔

گردہ - اس عضو کے تعلقات مندرجہ ذیل ہیں (دیکھو شکل ۱۰۸ و ۱۱۰) :-  
سامنے کی طرف

بایاں  
معدہ کا قعر -

قولون نزولی -

بلبلہ -

طحال -

دایاں  
جگر کی حشائی سطح -

اٹنا عشری کا دوسرا حصہ -

قولون مستعرض کی ابتدا -

قولون صعودی -

باہر کی طرف  
طحال -



باہر کی طرف  
جگر -

پچھلے کی طرف

ٹوایا فرام کی محراب کا زیرین حصہ -

عضلہ قطنیہ مربعہ - عضلہ خصریہ - عضلہ مستعرضہ -

آخری پسلی اور اوپر کے دونوں قطنی فقرات کے مستعرض زائڈے -

479

گردہ گہرے واقع ہوتے ہیں اور طبیعی حالت میں یہ محسوس یا شناخت نہیں کئے جاسکتے۔  
عضلہ نامصبہ شوکیہ (erector spinae) کی بیرونی کور پر آخری پسلی کے عین نیچے دباؤ ڈالنے سے  
ان تک نہایت آسانی سے رسائی کی جاسکتی ہے (شکل ۱۰۷)۔ گردہ کی اصمیت (dullness)  
دائیں جانب پر جگر کی اصمیت سے اور بائیں جانب پر طحال کی اصمیت سے مل جاتی ہے۔ ایسا گردہ  
بائیں کی نسبت اوسطاً ۱/۲ انچ (ایڈیسن: Addison) نیچے واقع ہوتا ہے۔ گردہ میں گردہ کا  
زیرین قطب بھی حرقفی عرف سے ایک انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور علی مقاصد کے لئے یہ کہا جاسکتا ہے  
کہ یہ سری خطہ کے لیول سے اوپر واقع ہوتا ہے (شکل ۹۳ صفحہ 424)۔ عورتوں میں  
زیرین قطب بعض اوقات حرقفی عرف کے لیول تک پہنچ جاتا ہے۔  
سطح جسم پر گردہ کا خاکہ بنانے کا سادہ ترین طریقہ یہ ہے کہ دونوں قطبوں کے محل پر

نشان لگائے جائیں اور ان کے درمیان گردہ کا خاکہ جو بخوبی معروف ہے بنا دیا جائے۔ اوپر کا قلب خط وسطی سے ۱/۲ انچ کے اور نافچہ ۲ ۱/۲ انچ کے اور زیرین قلب تقریباً ۳/۴ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ نیچے کی پیمائشیں ۳ اور ۴ انچ کے درمیان ہوتی ہیں۔ اور اس اختلاف کا انحصار گردہ کے ترچھے پن اور شکم کی لمبائی اور تنگی پر ہوتا ہے۔ نافچہ پہلے قطنی شکم کے بالمقابل عام طور پر پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے اور عبر البواب (transpyloric) منوی اسکو کاٹا ہوا گذرتا ہے۔ بالائی قلب بارہویں ٹھہر فقرہ کے جسم کے اور زیرین تیسرے قطنی فقرہ کے جسم کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ گردہ کا طول ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ ڈایا فرام اور عضلہ خصریہ (psoas) عضلہ قطنیہ (quadratus lumborum) اور عضلہ مستعرضہ (transversalis) اس عضو سے موخر علاقہ رکھتے ہیں۔

جیسا کہ شعاع نگار کش میں دکھائی دیتا ہے بالائی قلب اکثر گیارہویں پسلی کے سایہ زیرین کنارہ تک پہنچا ہوتا ہے۔ اگر بارہویں پسلی کے سایہ کو بڑھایا جائے تو وہ اس عضو کو اسی کے بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کاٹینگا۔ اشراب کردہ حالب کی شعاع نگار کشوں میں اس کے حوض کا سایہ پہلے اور دوسرے قطنی فقرات کے مستعرض زوائد کے اور نیز آخری پسلی کے سایہ کو کاٹتا ہوا دکھائی دیتا ہے (شکل ۱۱۲)۔

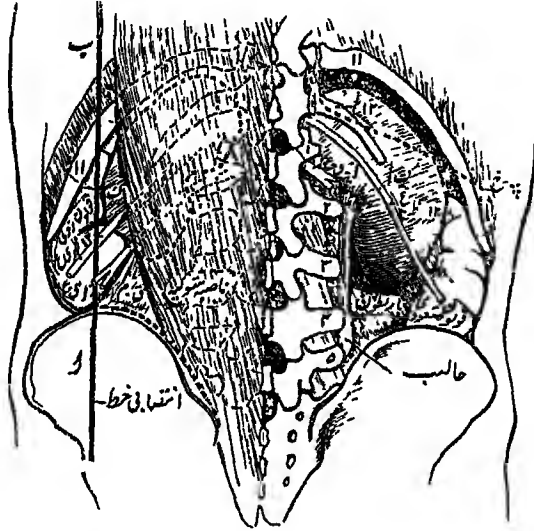
480

مقدم سطح کا غٹھوڑا ساحصہ ہی باریطون سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اور اس کے وہ حصے جو قولون اور اثنا عشری یا بلبہ کی پشت پر کی خلوی بافت سے علاقہ نہیں رکھتے اس غٹھا سے صرف مس ہی کرتے ہیں (شکل ۱۰۸)۔ خارجی کنارہ باریطون سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے۔ اور موخر سطح اس غٹھا سے بالکل مبرا ہوتی ہے (شکل ۱۰۸ و ۱۱۰)۔ گردہ کی موخر سطح کو آنری ٹھہری عصب اور پہلی قطنی شریان کی شاخیں موخر قطنی زیر معدہ (ilio-hypogastric) اور حرقنی اربی (ilio-inguinal) اعصاب کے اوپر سے نیچے کی اور باہر کی طرف کو ترچھے رخ میں عبور کرتی ہیں (شکل ۱۱۰)۔

گردہ کے انشقاق سے کسی دوسرے ایسے شکمی حشا کے اسی قسم کے ضرر کی نسبت جو زیادہ کثرت سے مجروح ہوتا ہوا اکثر شفا حاصل ہو جاتی ہے۔ اس امر کا انحصار اس کی وسیع غیر باریطونی سطح پر ہے جس کی وجہ سے خون اور پٹیاہ کی وعاء بدوی جو کسی حادثہ کے بعد

واقع ہوتی ہے اکثر تمامہ بروں باریونی ہوتی ہے۔ یہ غدہ بعض اوقات پیچھے سے یا صلب سے باریون کے زخمی ہونے کے بغیر کاسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ جب عمود شو کی آگے کی طرف کو

481



شکل ۱۱۰۔ شیکل قطنی خط میں گردہ اور قولون کے تعلقات کو کھپلی طرف سے ظاہر کرتی ہے۔  
(مرکل: Merkel سے لی گئی ہے۔)

پ-خ۔ پلورا کا زیرین خط۔ ۱۱۔ گیارہویں سہلی۔ ۱۲۔ بارہویں سہلی۔ ۱۲۔ خط-ع۔ بارہواں ٹھری عصب۔  
ل-ق۔ ع۔ حرقفی اربی اور حرقفی زیر معدی اعصاب۔ ل-ب۔ انتصابی خط جو قولون نزولی (ق-ن) کے  
محل کو ظاہر کرتا ہے۔ ق-م۔ عضلہ قطنی مربعہ۔ ن-ش۔ عضلہ ناصبہ شکم۔ باریون دائیں جانب  
پر گردہ کے سامنے کی طرف سے نیکر قولون تک معکوس دکھایا گیا ہے۔

لگے گردے اس وضع میں دکھائے گئے ہیں جو یہ اسوقت اختیار کرتے ہیں جبکہ جسم اوندھے منہ پڑا ہو۔ چت حالت  
میں یہ اندر کی اور پیچھے کی طرف گرجاتے ہیں اور وہ وضع اختیار کرتے ہیں جو تن میں ظاہر کی گئی ہے۔ اس جسم میں  
جس کی تصویر اوپر بنائی گئی ہے، بارہویں سہلی معمولی سہلی سے چھوٹی ہے۔

بہت جھکا ہوا ہو تو گردہ خم کے زاویہ میں وہاں واقع ہوتا ہے جہاں عمود شوکی کی خمیدگی حادثہ ہوتی ہے۔ لہذا عمود شوکی کی انتہائی خمیدگی میں یہ عظم حرقفی اور نیچے کی پسلیوں کے درمیان بچھ سکتا ہے۔ چنانچہ کمر کی ایسی چوٹوں کے بعد جن میں عمود شوکی آگے کی طرف کو انتہائی درجہ تک جھک گیا ہو (جیسا کہ اس حالت میں ہوتا ہے جب کہ جھکے ہوئے کندھوں پر کوئی بھاری بوجھ گر جائے) ہول الدم (haematuria) قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔

گردہ ڈھیلی ڈھالی شمی بافت کی بہت سی مقدار میں مدفون ہوتا ہے، جس سے گردکلوئی کیسہ بنتا ہے۔ اور جنتیج اس بافت میں پہنچ جائے وہ گردکلوئی خراج کہلاتا ہے۔ اس قسم کا خراج خود گردہ کے مرض سے یا اس کے ہم پہلو حصوں (عمود شوکی، قولون وغیرہ) کے عوارض سے یا چوٹوں سے یا ”ذاتی“ سرائٹ سے جو فاصلہ پر واقع ہوئی ہو مثلاً جسد کی نبقہ عنبی (staphylococcal) سرائٹوں سے پیدا ہوتا ہے۔ سیپ پہلے پہل عضلہ قطنیہ ربعہ کے سامنے ہوتی ہے اور پھر اپنا راستہ اس عضلہ میں سے یا قطنی ردائیں سے بنا لیتی ہے۔ اسکے بعد یہ عضلہ موربہ خار جہ اور عضلہ عریضہ ظہر کے ہم پہلو کناروں میں سے گذر کر عضلہ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) کی بیرونی کور پر نمودار ہو جاتی ہے۔ مگر بعض اوقات یہ خراج حرقفی حفرہ میں پھیل جاتا ہے یا اس ڈھیلی ڈھالی اتصالی بافت کے ساتھ ساتھ جو قولون نزولی اور معائے شیم کے پیچے ہوتی ہے خوش تک چلا جاتا ہے یا قولون یا مثانہ یا پھیپھڑے تک پھیل جاتا ہے۔ نہایت نادر حالات میں یہ باریطون کو بھی تنقب کرتا ہے۔ کلوئی خراج بالعموم غدہ کی غیر باریطونی سطح پر کھلتا ہے بعض اوقات یہ ہم پہلو قولون میں بھی کھل جاتا ہے۔ ایک واقعہ میں ایک کلوئی خراج جو حصات سے پیدا ہوا تھا دائیں گردہ سے معدہ کے بوابی سرے میں چلا گیا تھا اور دونوں اعضا میں ایک ربط پیدا ہو گیا تھا۔

گردکلوئی چربی (perirenal fat) جراحی نقطہ نگاہ سے بہت اہمیت رکھتی ہے۔ کیونکہ اس کے ڈھیلے پن کی وجہ سے اس عضو کا انقاف (enucleation) آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ پیچھے کی نسبت یہ سامنے کی طرف پر زیادہ افراط سے پائی جاتی ہے۔ اس چربی میں ایک خاص قسم کی دھنی خاصیت پائی جاتی ہے اور یہ ایک لچکدار حرکت پذیر اور سہارا دینے والی گدی کا کام دیتی ہے جس میں گردہ میں ڈایا فرام کی تنفسی حرکتوں کے لئے

مجموعیت واقع ہو سکتی ہے۔ جب یہ بافت التهاب سے تباہ یا متغیر ہو جاتی ہے تو گردہ مثبت ہو جاتا ہے اور اس کا دور کرنا ایک بہت مشکل کام ہوتا ہے۔ اس امر کی وضاحت کلاں تدریجی گردہ کے دور کرنے سے ہوتی ہے جو مدت سے مرض زدہ ہو۔ گردہ کلوی کیسہ کے علاوہ گردہ کا ایک حقیقی کیسہ بھی ہوتا ہے جو طبعی عضو سے باسانی اتارا جاسکتا ہے۔ کلوی عروق کے اندر کے خون کے دباؤ سے یہ کیسہ تنیدہ ہو جاتا ہے۔ التهابی حالتوں میں یہ تنش بعض اوقات اتنی زیادہ ہو جاتی ہے کہ یہ گردہ میں سے خون کے آزادی سے گزرنے میں خلل انداز ہوتی ہے۔ ایسی متلی حالتوں کو رفع کرنے کے لئے کیسہ ربائی کی جاچنی ہے۔

### حرکت پذیر گردہ (movable kidney) - چونکہ گردے ڈایا فرام سے

قریبی طور پر ملے ہوتے ہیں اس لئے یہ لازمی طور پر اس کے تنفسی حرکات کی متابعت کرتے ہیں۔ طبعی نفس میں گردہ کی اوپر اور نیچے کی حرکت تقریباً ۱۲ انچ تک ہوتی ہے۔ گردہ کلوی کیسہ (perirenal capsule) جس میں گردہ ڈھیلے طور پر مدفون ہوتا ہے، زیر باریطونی اتصالی بافت کا صرف ایک مختص حصہ ہوتا ہے۔ گردہ کلوی کیسہ کے حصے مصنوعی طور پر پیش کش کلوی (prenephric) اور پس کلوی ردائوں (postnephric fasciae) میں علیحدہ کئے گئے ہیں۔ گردہ کلوی کیسہ اوپر کی جانب ڈایا فرام کے اوپر کی گھسی زیر باریطونی بافت سے اور باہر کی جانب عضلہ مستعرضہ (transversalis) کے اوپر کی اتنی ہی گھسی سے ملے ہوئے ہے۔ اندر کی جانب یہ ورید اجوف تنہانی (inferior vena cava) اور ادرط کے غلافوں سے مستحضر ہو جاتا ہے، اور نیچے کی طرف یہ حالب کے ارد گرد ایک ڈھیلی ڈھالی زیر باریطونی بافت کی شکل میں چلا جاتا ہے، اور حوض کی متناظر بافت سے سلسل قائم کر لیتا ہے۔ لہذا صرف نیچے کی اور اندر کی طرف کی غیر وضعیتیں ممکن ہیں۔ گردہ کلوی کیسہ اور کلوی عروقی جو کلوی حرکات کو محدود ان کے رخ کو معین رکھتے ہیں صرف اس وقت بروئے کار آتے ہیں جبکہ تنفس کے طبعی حدود سے تجاوز ہو چکا ہو۔ جو قوت گردوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتی ہے، وہ درون شکلی تنش ہے جو دیوار شکم کے نظام عضلی سے برقرار رہتی ہے اور جس سے دوسرے اختا گردوں کے مقابل مضبوط رہتے ہیں۔ کیسہ سے چربی کے جذب ہونے کے ساتھ ہی گردہ کلوی کیسہ کی بافت زیادہ

ڈھیلی ہو جاتی ہے اور کروی حرکات زیادہ غیر محدود ہو جاتے ہیں لہذا حرکت پذیر گرد اکثر ناقص انتفاذ اشخاص میں پایا جاتا ہے۔ عورتوں میں مردوں کی نسبت یہ کہیں زیادہ عام ہوتا ہے۔ قبل الذکر صنف میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ حل کا ایک خاص اثر ہوتا ہے، جس کا فعل شاید باریکوں کو کھینچنے اور اس کے تعلقات کو ڈھیلا کرنے اور نیز وضع حمل کے بعد دیوار ہائے شکم میں ایک عمومی ارتخا پیدا کرنے سے عمل میں آتا ہے۔ دایاں گردہ بائیں گردہ کی نسبت کہیں زیادہ حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی وجہ شاید یہ ہے کہ جگر کا اثر شاید اس کو اپنی جگہ سے ہٹا دیتا ہے۔ ایسے واقعات بھی کم نہیں پائے جاتے جن میں حرکت پذیر گردہ نے مرادہ کی گردن کو دبا دیا ہے اور معفر کا ہاؤ روک دیا ہے۔ اس میں کچھ مشہد نہیں کہ حرکت پذیر گردہ ایک دائرہ کے قطعہ میں ہلایا جاسکتا ہے جس کا نصف قطر کروی عروق کے طول کا متناظر ہوتا ہے اور باوجود اسکے غیر وضعیت بعض اوقات معتدبہ ہوتی ہے۔

جو بڑی درد (dragging pain) حرکت پذیر گردہ کے ساتھ محسوس کیا جاتا ہے وہ کروی ضغیرہ کے تناؤ سے پیدا ہوتا ہے جو شمسی (solar) ضغیرہ سے تعلق رکھتا ہے، اور شریانوں کے ساتھ گردہ میں داخل ہوتا ہے۔ گردہ کی عصبی رسد جل شوکی کے دسویں گیارہویں اور بارہویں نظری اور پہلے قطعی قطععات سے چھوٹے اور صغیر استثنائی اعصاب کے ذریعہ سے آتی ہے (Head: Head)۔ درد بعید ان حسی اعصاب کے ساتھ ساتھ دیوار شکم پر محسوس ہوتا ہے جو ان قطععات سے آتے ہیں۔

## گردوں کی غیر طبعی حالتیں۔ ایک گردہ اور کبھی کبھی دونوں گردے

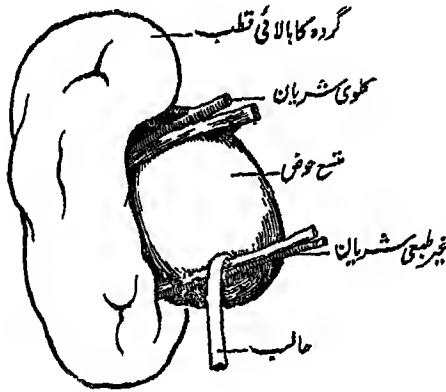
غیر طبعی محل میں نمو پا سکتے ہیں۔ بایاں دائیں کی نسبت اپنی جگہ سے اکثر ہٹا ہوتا ہے۔ اور عجزی رقفی غصرونی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) یا عجور (sacrum) کے طنف (promontory) پر پایا جاسکتا ہے۔ یا یہ رقفی حفرو یا حوض میں شناخت کیا جاسکتا ہے۔ جس گردہ کا محل بے قاعدہ ہوتا ہے اس کی شکل اکثر متغیر ہوتی ہے۔ بعض اوقات گردہ میں انتہائی درجہ کی ٹکلی پائی جاتی ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو فورائیڈہ میں موجود ہوتی ہے۔ بعض اوقات حالب کا بالائی حصہ یا تمام حالب ہرا ہوتا ہے اور مثانہ میں دو حالبی



سورخ ہوتے ہیں۔ مستنزد اور شریانیں (supernumerary arteries) اکثر موجود ہوتی ہیں ایسے عروق گردہ کے زیرین قطب کے طرف جاتے ہوئے حالب میں بھجواؤ پٹشی (kinking) یا استسقاءے گردہ (hydronephrosis) پیدا کر دیتے ہیں۔ استسقاءے گردہ کے واقعات کے ایک سلسلہ میں ہری فینوک (Hurry Fenwick) نے یہ دریافت کیا ہے کہ حالب کا تنقی ۱۶ فیصدی واقعات میں ایک غیرطبیعی عرق سے پیدا ہوا تھا (شکل ۱۱۱)۔

گردے حوضی خطہ میں نمودار ہوتے ہیں اور جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں اوپر چڑھ کر

485



شکل ۱۱۱۔ غیرطبیعی شریان جس کی وجہ سے حالبی حوضی اتصال پٹشی (kinking) ظاہر ہو گیا ہے، اور استسقاءے گردہ پیدا ہو گیا ہے۔

(ہری فینوک: Hurry Fenwick کے مطابق۔)

قطنی محل اختیار کر لیتے ہیں۔ جوں جوں یہ اوپر چڑھتے جاتے ہیں نئے کلوئی عروق پیدا ہو جاتے ہیں۔ ”عجری“ (sacral) گردہ وہ ہے جو دوران صعود میں ٹھہر گیا ہو اور اس کی رسد خون مشترک حوضی شریانوں سے آتی ہے۔ دہرا حالب ابتدائی کلوئی غنچہ (primary renal bud) کے انقسام سے بنتا ہے۔

بعض اوقات دونوں گردے متحد ہوتے ہیں۔ ان کے "اتحاد کا نہایت ادنیٰ درجہ نعل نما گردہ (horse-shoe kidney) میں دکھائی دیتا ہے۔ دونوں گردے تحتانی حصوں پر بافت کے ایک چپٹے فیٹہ نمایاں گول پل سے جو فقراتی عمود اور اورطہ کے اوپر سے گذرنا ہے ملے ہوتے ہیں۔ اتحاد کے زیادہ بڑے درجوں میں دونوں جانبی حصے ایک دوسرے کے زیادہ قریب ہوتے جاتے ہیں حتیٰ کہ یہ اتحاد کے نہایت اعلیٰ درجہ تک پہنچ جاتے ہیں، جس میں ایک مجرد قرص نما گردہ جو خط وسطیٰ پر واقع ہوتا ہے اور جس میں دو یا ایک کما (calyx) ہوتا ہے مکمل اتحاد کو ظاہر کرتا ہے" (روکیٹنسکی: Rokitsansky)۔ جب دونوں گردے اتصالی بافت کی ایک جھلی سے ملے ہوتے ہیں تو یہ حالت عملیہ کی مانع نہیں ہوتی۔ بعض اوقات ایک گردہ بالکل غائب ہوتا ہے۔ اور مجرد گردہ کا محل جانبی یا وسطیٰ ہوتا ہے۔ سرنیری ہارک (Sir Henry Morris) نے ان غیر طبعی حالتوں کی شرح وقوع کا مندرجہ ذیل اندازہ پیش کیا ہے۔ ایک گردہ کی خلقی عدم موجودگی یا اس کے انتہائی ذبول کے پائے جانے کی توقع ۴۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں ہوتی ہے۔ اور ۱۶۰۰ واقعات میں سے ۱ میں نعل نما گردہ کے اور ۸۰۰۰ واقعات میں سے ۱ میں مجرد متحدہ گردہ کے پائے جانے کی امید ہوتی ہے۔

### عملیات جات جو گردے پر کئے جاتے ہیں۔ مریض کو دوسری جانب پر

ایک قطنی گدی پر لٹا کر جو ستروں رخ میں بڑی ہوندرجہ ذیل شنگاف دینے سے گردہ تک خاطر خواہ رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ شنگاف عضلہ نامصبہ شوکیہ (erector spinae) کے بیرونی ماشیہ سے بارہویں پسلی کے پانچ نیچے سے شروع کیا جاتا ہے اور تہ چھ رخ میں نیچے کی اور آگے کی طرف کو مقدم فوقانی حرقنی شوک کی طرف ۴ تا ۵ انچ کے فاصلہ تک دیا جاتا ہے۔ یہ شنگاف آخری ظہری عصب کا متوازی ہوتا ہے جو اس طرح ضرر سے بچ جاتا ہے اور اگر ضرورت ہو تو اسے پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے متوازی رخ میں ایک کافی حد تک بڑھایا جاسکتا ہے۔ عضلات نامصبہ

لہ گردوں کی غیر طبعی حالتوں کی زیادہ تفصیل کے لئے دیکھو "یورینری سرجری" (Urinary Surgery) مصنفہ

ایف۔ ایس۔ کڈ (F. S. Kidd)۔

شوکیہ و قطنیہ مریجہ کو تضرر سے محفوظ رکھا جاتا ہے۔ اور خارجی اور داخلی عضلات موربہ اور عضلہ مستعرضہ کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ اور باریطیوں کو جسے کھولنا نہیں گیا آگے کی طرف کو ہٹا دیا جاتا ہے۔ اور جراح اپنا ہاتھ گردہ کی گردکلوئی چربی پر سے گردے کے گرد پھرا دیتا ہے۔ اور اس حشا کے اوپر سے گاز کا ایک پینڈا پھیلا دیا جاتا ہے اور اسے اوپر کی طرف صلب تک اٹھا لیا جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے کے لئے آخری سلی کا جزوی استیصال کر دیا گیا ہے۔ پلورا بارصویں سلی کی گردن تک پہنچا ہوتا ہے اور گاہے گاہے یہ پہلے قطنی فقرہ کے متعرض زائڈ تک نیچے آتا ہے (نسل ۱۱۰)۔ بارصویں سلی اکثر اتنی چھوٹی ہوتی ہے کہ یہ عضلہ نامصہ شوکیہ (erector spinae) سے پوشیدہ ہوتی ہے۔ اور گیارھویں سلی آخری معلوم ہوتی ہے۔ اگر ضرورت ہو تو پلورا کو عمداً کھولا جاسکتا ہے۔ اور اس کے بعد اس میں ٹانگے لگائے جاسکتے ہیں۔ اگر مریض نیم اکباب کی حالت میں ہو تو ہبوط ریک کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔

اگر گردہ بزرگ (nephrectomy) مقصود ہو تو پانچ معر کر لیا جاتا ہے اور اس کا عرقی حصہ معدہ اعصاب کے دو بند شلوں کے درمیان سے کاٹ دیا جاتا ہے۔ اس کے بعد حالب جتنا نیچے رکھ کر کاٹنا درکار ہو کاٹ دیا جاتا ہے اور اس کا کچھ حصہ گردہ کے ساتھ ہی دور کر دیا جاتا ہے۔

ناغچہ پر ورید سامنے پائی جاتی ہے، اور شریان اور اس کی شاخیں اس کے پیچھے واقع ہوتی ہیں، اور حالب ان کے بھی پیچھے نیچے کے حصے کی طرف واقع ہوتا ہے۔ یہ شریان تقریباً عضدی شریان کے برابر ہوتی ہے۔ اور گردہ تک پہنچنے سے پہلے عام طور پر چار یا پانچ یا چھ شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اگر ناغچہ پر کی ساختوں کو علحدہ علحدہ قابو میں لانا ہو تو اس امر کا ذہن نشین رکھنا ضروری ہوتا ہے کہ ان شاخوں کی ایک تہائی تعداد ہمیشہ حالب کے پیچھے سے گردہ میں داخل ہوتی ہے، اور گردہ کے حوض کے استقصا میں ان کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔ ناغچہ پر ورید کی قائم مقام بھی تین یا چار شاخیں ہوتی ہیں، معین کلوئی شریانیں بھی بعض اوقات موجود ہوتی ہیں۔ جن میں سے بعض گردہ کے بالائی سرے میں یا اس کی مقدم سطح میں داخل ہوتی ہیں۔

بڑے بڑے کلوئی سلعات کو دور کرنے کے لئے مشکلی شکاف کا مشورہ دیا جاسکتا ہے،

اور فتحہ نزد وسطی راستہ سے بنایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 389 پر بیان کیا گیا ہے۔ گردہ کی مرض میں ایسا حالتوں میں۔ مثلاً طویل المدت ندر فی مرض میں۔ گردہ منضم ہو جاتا ہے اور دائیں جانب پر اس کے ورید اجوف (vena cava) سے پسپیدہ ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ جب یہ بڑی ورید اس طرح منضم ہو تو اس کے صاف کرنے میں بہت احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ بہت منضم گردہ کو دور کرنے کے دوران میں ڈایا فرام دریدہ ہو چکا ہے۔

اگر کلیوی حصصات شکافی (nephrolithotomy) مقصود ہو تو حوض کی موخر جانب میں ایک فتحہ بنا لیا جاتا ہے حصصات دور کر دیا جاتا ہے، اور شکاف تانت سے با احتیاط مٹی دیا جاتا ہے اور خطہ دوخت کے عین اوپر شیمی رد کا ایک مؤید چوند لگا دیا جاتا ہے بعض اوقات جب ایسا نہیں کیا جاسکتا تو حصصات پر کلیوی سنگ میں سے براہ راست ایک شکاف دیا جاتا ہے۔ اور اس کے متعلق یہ مشورہ دیا جاتا ہے کہ یہ شکاف بیرونی اور وسطی تہائی حصوں کے اتصال پر دینا چاہئے کیونکہ یہ حصہ بقیہ گردہ سے نسبتاً فقید الدم ہوتا ہے (ہرٹل: Hyrtl)۔

### فوق کلیوی اجسام (suprarenal bodies) گردوں کے بالائی قطبوں

واقع ہوتے ہیں مگر یہ ان اعضا کی نسبت ڈایا فرام سے زیادہ مضبوطی سے متحد ہوتے ہیں، جیسا کہ اس امر سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ گردوں کے ساتھ ہی اپنی جگہ سے نہیں ہلکتے۔ دایاں جسم جگر کے دائیں نختہ کے پیچھے واقع ہوتا ہے۔ اور ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) سے یہ استقدر نزدیک ہوتا ہے کہ یہ دونوں الٹہابی انضمامات سے پسپیدہ ہو سکتے ہیں۔ ان غدہ سے ایک اندرونی افراز (ایڈری نلین: adrenalin) بنتا ہے جو بلاشبہ غیر محط عضلات کی ترقش کو منظم رکھنے سے تعلق رکھتا ہے۔ اس کے براہ راست لگانے سے شریانوں میں القاض پیدا ہو جاتا ہے اور رد میں تنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ اس غدہ کی وظیفی فعالیت اس کی عصبی رسد سے جو نسبتاً کثیر ہوتی ہے منظم رہتی ہے (کنٹن: Cannon)۔ سخت مشقت یا شدید چوٹ یا طویل المدت عملیات کے بعد اس کی ایڈری نلین (adrenalin) کی مقدار بہت کم یا ختم ہو جاتی ہے۔ اس جسم کا قشرہ اس سرحلہ سے نمونہ ہوتا ہے جس سے ولفی جسم (Wolffian body) دھکا ہوتا ہے۔ اس کے کتب کو جو نظام مشار کی سے پیدا ہوتا ہے سسی ضمیمہ (solar plexus) سے بہت سی عصبی رسد آتی ہے۔

یگر دونوں (suprarenals) کے مرض سے جلد کی رنگت نحاسی ہو جاتی ہے، جیسا کہ ایڈیسن کے مرض (Addison's disease) میں ہوتا ہے۔

**حالبین (ureters) تقریباً ۱۱ انچ لمبی مضبوط نلیاں ہیں جن کی عضلی دیواریں موٹی ہوتی ہیں۔** اور یہ بنامہ باریطون کے پیچھے واقع ہوتے ہیں، جس سے یہ ڈھیلے طور پر پسیدہ ہوتے ہیں۔ ان کا اوسط عرض پر کے قلم کے برابر ہوتا ہے۔ حالب اوپر سے لیکر نیچے تک مندرجہ ذیل بافتوں پر ٹکڑا ہوتا ہے: (۱) عضلہ خصریہ (psaos muscle) اور تناسلی ساقی (genito-crural) (تناسلی نخذی: genito-femoral) عصب پر۔ (۲) بائیں جانب پر مشتمل حرقنی (common iliac) عروق پر اور دائیں جانب پر خارجی حرقنی (external iliac) پر۔ داخل حرقنی (internal iliac) شریان پر سے نیچے کی طرف گزرنے کے بعد یہ مثانہ کے موخر کاؤب رباط میں داخل ہو جاتا ہے، اور اس طرح دیوار مثانہ میں پہنچ جاتا ہے۔ محور توں میں یہ رباط عریض کے قاعدہ میں سے گزرتا ہے، جہاں رجی شریان حقیقی الرحم سے تقریباً ۳ انچ کے فاصلہ پر اس پر چنبر بنا کر گذرتی ہے۔ مثانہ میں داخل ہونے سے پیشتر یہ مہبل کے بالائی حصہ کی چھت پر ٹکڑا ہوتا ہے۔ اور اگر اس درجہ میں کوئی حصہ محسوس ہو جائے تو وہ آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔

اس نلی کا تنگ ترین حصہ وہ ہے جو مثانہ کی دیواروں میں واقع ہوتا ہے۔ اور جب حالب میں سے کلوی حصہ گزرتے ہیں تو یہ اکثر اس مقام پر پھنس جاتے ہیں۔ دو اور تنگ مقامات ہیں جن پر حصہ کے ٹھہرنے کا امکان ہوتا ہے یعنی اس نلی اور حوض گردہ کے مقام اتصال پر اور اس مقام پر جہاں یہ حوض کی لکر کو عبور کرتی ہے۔ حالبین میں بہت سائندہ واقع ہو سکتا ہے اور تدریجی اتساع کی بعض حالتوں میں یہ معائے صغیر کے برابر بھی چوڑے ہو گئے ہیں۔ حالب کا انشقاق خارجی چوٹ سے ہو سکتا ہے۔ جب اس قسم کا واقعہ ظہور پذیر ہوتا ہے تو عام طور پر مثانہ کا ایک بڑا اجتماع باریطون کے پیچھے بن جاتا ہے۔ اور اس سے نتیجہ پیدا ہونے سے جدور کے پیچھے ایک متورج سلعہ بن جاتا ہے۔

حالب گردہ کے جوف میں ایک فیٹ ناکہف (کلوی حوض) کی شکل میں پھیل جاتا ہے۔

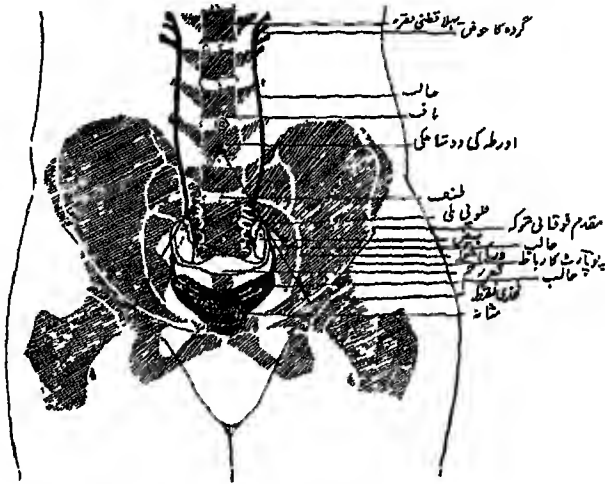
اور یہ کہفہ کما موں (calyces) میں تقسیم ہو جاتا ہے۔ حوض یا کما موں میں حصات اکثر ٹھہر جاتے ہیں۔ کماے اتنے تنگ ہوتے ہیں کہ ان میں استنقصار کرنے والی انگلی داخل نہیں ہو سکتی۔  
حالب کی عصبی ربرد کلوی ضعیفہ رہے آتی ہے اور اس کے عروق کلوی اور تھکانی مثانی اور زیر باریطونی ضعیفہ رہے آتے ہیں۔ اس کے عضلی طبقات میں ایک خاص انقباضی توازن پایا جاتا ہے۔ اور انتہائی متحرک پذیری کا مقام حوضی حالبی (pelvi-uretral) مقام اتصال ہوتا ہے۔ لہذا اسی مقام پر حرمی دوری موجیں شروع ہوتی ہیں اور پیشاب کے چھوٹے چھوٹے قطرہوں کو مثانہ کی طرف بہا لیا جاتی ہیں بعض حالتوں میں استنقصار الکلیہ (hydronephrosis) تفتی کا نتیجہ نہیں ہوتا بلکہ مذکورہ توازن کے مرکز کی کسی فتور یافتہ حالت کا نتیجہ ہوتا ہے۔  
حالب کے تشوہات کا بیان پہلے کر چکا ہے (صفحہ 484)۔

لاشعاعوں کی مدد سے منفرد حصیات کی تلاش کرنے کے لئے حالب کے عم کو طائر کرنا مندرجہ ذیل طریقہ مفید ثابت ہوگا۔ گردہ کا حوض اور کے دونوں قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کے درمیان واقع ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ سطح جسم پر اس کا محل اس نقطہ کے جو مراد کے لئے استعمال کیا جاتا ہے عین اندر کی طرف ایک نقطہ امعین کرنے سے ظاہر کیا جاسکتا ہے (صفحہ 467)۔ اور حالب کا خط تیسرے اور چوتھے قطبی فقرات کے مستعرض زوائد کی ٹوکوں اور عجری حرقفی غضروفی مفصل (sacro-iliac synchondrosis) کو کاٹتا ہوا گذرتا ہے۔ حوض کی لگر پر سے حالب مشترک حرقفی ثریان کی دو شاخیں پر سے یا اس کے قریب سے گذرتا ہے، اور یہ مقام اس خط کے اوپر کے ایک تہائی اور نیچے کے دو تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے جو اور طی دو شاخیں سے لیکر غنڈی نقطہ تک سمیٹا جائے (دیکھو شکل ۱۱۲ اور شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ اس کا حوضی مرمخدار ہوتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ اور اس کے باہر کی طرف کے خم کا انحداب کی شوکہ (ischial spine) کے سامنے کی طرف اس سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ مثانی دھنسہ کو مایہ نگارش میں عانی شوکوں سے کچھ فاصلہ پر ان کے اوپر اور اندر کی طرف تلاش کرنا چاہئے۔ حصیات کی تلاش کرتے وقت یہ یاد رکھنا مناسب ہے کہ رحمی اور حوضی وریڈوں کے اندر کے وریڈی حصیات (phleboliths) اور نیز حوضی لمفی غدود کے باقی ماندہ مکمل حصوں سے بھی گھنے رائے آ جاتے ہیں۔

## شکلی اختاؤ کی عصبی رسد۔ جو اعصاب شکلی اختاؤ کو رسد پہنچاتے ہیں

اور جن شوکی قطعاً سے یہ آتے ہیں ان کا کسی قدر ذکر پہلے بھی کیا جا چکا ہے (صفحہ 393)۔ ان اختاؤ کی زیادہ تر رسد نظام مشار کی میں سے ضفیروں کے ایک سلسلہ کے ذریعہ سے پہنچتی ہے۔ ان میں سے اہم ترین شمسی (solar) سپہ جس کے تو سبوعات معدہ، جیسگر، لحال، گردوں

490



شکل ۱۱۲۔ یہ تصویر جالبین کے مراور مثانہ کے محل کو ظاہر کرتی ہے، جیسے یہ سیریم کے محلول کا اشتراک کرنے کے بعد سایہ نگار کش میں دکھائی دیتے ہیں۔ قمر رحم، طولی نیوں اور بیضین کا محل بھی ظاہر کیا گیا۔

برگردی کیسیوں، بلبہ، اور معائ کے ان حصوں کو جاتے ہیں جو فوقانی ماساریقی شریان سے تعلق رکھتے ہیں۔ شمسی ضفیروں اور اس کے عقدوں میں اختاؤی اعصاب اور عصب تائبہ کی کچھ شاخیں

آکر ملتی ہیں۔ اور کچھ شاخیں ڈایا فرامی (phrenic) ضفیروں میں سے برگردی ضفیروں کو جاتی ہیں۔ ان اعصاب کے ذریعہ سے عروق خون کا قطرہ اور شکم کے اندر کی مقدار خون منظم رہتی ہو۔ ان میں شکلی اشتاء کے لئے نہ صرف درآر یا حسی ریشے ہی موجود ہوتے ہیں بلکہ امعاء کے لئے برآر یا مضیق اور موسع ریشے بھی ان میں موجود ہوتے ہیں۔ یہ ابھی طرح سے سمجھ لینا چاہئے کہ اگر ان وسیع جالوں پر جن کے اطرافی اور مرکزی تعلقات اتنے وسیع ہیں اور جن کے علاقہ جات حیوی اعضا سے اس قدر اہم ہیں کوئی اثر ڈالا جائے تو اس کے نتائج اہم ہونگے۔ یہ نتائج گہرے ہبوطائے اور ان خطرناک علامات پر مشتمل ہیں جو اشتاء کی اور خالصتاً ان اشتاء کی شدت ضربوں میں پائے جاتے ہیں جو ان بڑے بڑے ضفیروں سے بالکل براہ راست تعلق رکھتے ہیں۔

مستعرض، نزولی، حرقفی، اور حوضی قولونوں کے بعدی حصوں کو تحتانی ماساریتی ضفیروں سے اور نیز ان اہم ریشوں سے رسد پہنچتی ہے جو حوضی ضفیروں سے آتے ہیں۔ قولون کے قریبی حصہ کو اگرچہ فوقانی ماساریتی ضفیروں سے رسد پہنچتی ہے مگر یہ رسد صرف اس کے اس حصہ سے آتی ہے جو بڑے بڑے مراکز سے بہت بعید ہوتا ہے۔ اور یہ ایک تین امر ہے کہ غرضتاً معدہ قریب ہوگا اس سے پیدا شدہ عصبی منطہ ہر اتنے ہی خطرناک ہونگے۔ بشرطیکہ دوسری حالتیں مساوی ہوں۔ شدید ترین علامات ان حصوں میں پیدا ہوتے ہیں جن پر اعصاب تائیس کا اثر غالب ہے۔

جگر اور معدہ کے بعض امراض میں کندھوں کے درمیان یا کتفین (scapulae) کے تحتانی زاویوں کے قریب مشارکی (sympathetic) یا تبعید (referred) دروں کی شکایت کی جاتی ہو۔ یہ درد کتف کے زاویہ سے کچھ فاصلہ پر نیچے کی طرف ظاہر ہوتے ہیں۔ معدہ کے اعصاب زیادہ تر ساتویں اور آٹھویں شکو کی قطعات سے اور جگر کے آٹھویں اور نویں شکو کی قطعات سے آتے ہیں۔ ان قطعات کے جلدی رقبہ جات ان اعضا کے مرض زدہ ہونے پر الیم ہو جاتے ہیں اور ان رقبہ جات کے بعض مقامات پر درد بعید محسوس ہوتا ہے (شکل ۵ ص ۳۹۰)۔ کندھے کی نوک کا درد جو اکثر مرض جگر میں پایا جاتا ہے اس رقبہ میں محسوس ہوتا ہے جس کو چوتھا حقیقی قطعہ رسد پہنچا ہوتا ہے۔ اور یہ وہی قطعہ ہے جس سے ڈایا فرام اور زیر ڈایا فرامی اتصالی بافت کو ڈایا فرامی (phrenic) اعصاب کے ذریعہ سے رسد



پہنچتی ہے۔ یہ یاد رہے کہ یہ اعصاب ٹوایا فراہم کی زیریں سطح پر متفرع ہوتے ہیں، اور جب گری فتور یافتہ مالتوں میں ماؤف ہو جاتے ہیں۔ سنگمانا عوجہ (عوضی قولون) کے مرض اور گھٹنے کے درد میں بظاہر کوئی تعلق معلوم نہیں ہوتا۔ مگر اس عوجہ کے سرطانات کے واقعات اور ان مثالوں میں جن میں یہ براڑے متمد ہو جاتا ہے اس قسم کے درد کی شکایت کی گئی ہے۔ درد عصب ساد (obturator nerve) کے ساتھ ساتھ جاتا ہے جو سنگمانا عوجہ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ اور جب رودہ مرض زدہ ہو تو یہ اس سے بآسانی دب سکتا ہے۔ معائے صغیر میں جو درد پیدا ہوتا ہے وہ بالعموم ناف کے قرب وجوار یعنی دسویں ٹھہری عصب کے تفرع سے منسوب ہوتا ہے (شکل ۵ صفحہ 390)۔ یہ امر تعجب خیز معلوم ہوتا ہے کہ یہ درد اتنے تنگ رقبہ سے منسوب ہوتے ہیں۔ مگر اس کی مکمل توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ تمام معائے صغیر جنہی غذائی خط کے ایک نہایت ہی چھوٹے حصہ سے پیدا ہوتی ہے۔ کینج ران کے ساتھ ساتھ (بارہویں ٹھہری اور پہلے قطنی اعصاب کے ساتھ ساتھ) جو درد ہوتا ہے وہ بہت سے مآخذ سے آتا ہے یعنی گردہ، حالب، بیض، خصین، فلوپی نالیوں، رحم، زائیدہ، اور کولے کے جوڑ کے امراض سے اور فتوق سے۔ لہذا اگر درد بعید اس خط میں محسوس ہو تو مرض کا مبداء معلوم کرنے کے لئے ان تمام حصوں کے متعلق تحقیقات کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

### شکلم کے عروق خون۔ شکلی اور ط کی بعض شاخوں کی جسامت بڑی

ہوتی ہے، چنانچہ شکلی محور (coeliac axis) اور فوقانی ماسارٹری (superior mesenteric) شریان اتنی بڑی ہوتی ہے جنہی کہ مشترک سباتی (common carotid)۔ طحالی کبدی اور کلوی عروق تقریباً عضدی (brachial) کے برابر ہوتے ہیں۔ اور تحتانی ماسارٹری (inferior mesenteric) تنے کے سب سے بڑے حصہ کے بعد از ندی (ulnar) شریان کے برابر ہوتے ہیں۔ اگرچہ فوقانی ماسارٹری شریان کی شاخوں کے درمیان قبل اس کے کہ ان سے آخری جال بنے رویا بعض اوقات تین ٹنھی محرابیں پائی جاتی ہیں، مگر مقابلہ چھوٹی سی شاخ کی سناد سے بھی رودہ میں گنگرین واقع ہو جاتی ہے۔

اگر یہ یاد ہے کہ قطنی غدود و ریداجوف (vena cava) اور عوقی و ریدوں کے

493

آس پاس واقع ہوتے ہیں تو یہ معلوم ہو جائیگا کہ ان اجسام کی بہت سی کٹائی کی وجہ سے دباؤ پڑنے سے پہلے پیدا ہو سکتا ہے۔ تمام معائے صغیر کی ٹنگرین بانی ورید (portal vein) کی سد ادیت سے پیدا ہو سکتی ہے۔ برنارڈ (Barnard) نے جس واقعہ کی اطلاع دی ہے اس میں سد ادیت اس مقام پر الہتابی بمچاؤ سے واقع ہو گئی تھی جہاں یہ ورید بلب کی گردن کے پیچھے سے گذرتی ہے۔

ورید اجوف تحتانی (inferior vena cava) کا مریابی سے باندھی جا چکی ہے۔ اور جانب وریدوں میں سے جو کلاں ہو جاتی ہیں بڑی بڑی وریدیں بے قرین (azygos) اور بومعدی اور دروں فقری وریدیں ہیں۔ پروفیسر شٹاک (Prof. Shattock) نے ورید اجوف کی مکمل سد ادیت کے ایک واقعہ یعنی ڈاکٹر ڈبلیو رپورس پولک (Dr. W. Rivers Pollock) کے واقعہ کی اطلاع دی ہے۔ ڈاکٹر پولک نے ۲۰ گز کی ٹٹیوں کی بین الجاماتی دوڑ ۶۰ سینکڑ میں جیت لی اور سابقہ اندراجات پر سبقت حاصل کی۔ تمام دوڑ میں اس نے اپنا سانس روک رکھا اور جب وہ فیت سے آگے گذرا تو اس پر ہبوط طاری ہو گیا۔ سانس روکنے سے خون بڑی بڑی شریانوں میں رک جاتا ہے۔ اس قسم کی دوڑ میں قلب اور نابض عضلات خون کو بڑے بڑے وریدی تنوں میں آگے کی طرف کو دھکیلتے ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ورید اجوف تحتانی بیش متدد، ضرر رسیدہ اور شاید علقتیت زدہ ہو جاتی ہے اور پھر انجام کار سدود ہو جاتی ہے۔ کینج ران سے جو وریدیں نعل اور پستان کی طرف آتی ہیں وہ بندریج متدد اور دوالی نما ہو جاتی ہیں۔ اور ورید اجوف تحتانی کی قائم مقام بن جاتی ہیں۔ ڈاکٹر پولک عمر بھر معدودہ دریا۔ اور اسے نچکدار سہاروں کا استعمال کرنا پڑا۔ کلوی وریدیں بھی سدود ہو گئی تھیں، مگر کلوی اور زیر باریطونی وریدوں میں ربط پیدا ہو گیا تھا، بہر حال گردوں نے ایسا فعل ہرگز نہیں کیا جیسا کہ وہ زمانہ صحت میں کرتے تھے۔

متدد چھوٹے چھوٹے نہایت اہم تفصیلات شکمی اور طہ کی خدائی نشانوں اور شکمی جدور کے بعض عروق کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ یہ تفصیلات زیر باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں، اور اکثر انہی احشاء سے تعلق رکھتے ہیں جن کی کافی کوسیع سطح اس غشاء سے معرا ہوتی ہے۔ جو خدائی نشانیں ان تفصیلات میں آکر ملتی ہیں وہ کبدی، کلوی، اور برگردی شریانوں اور

ان عروق سے آتی ہیں جو آٹھ عشری کے زیرین حصہ، لبلبہ، احور، اور قولون کے سعودی اور نزولی حصوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ مذکورہ بالا عروق سے جو جدار سی عروق ملتے ہیں وہ ڈایا فرا می (phrenic) اور قطنی اور برقی قطنی اور زیرین بین ضلعی اور بر معدی اور منحن مسرفتی (circumflex iliac) تنوں سے نکلتے ہیں۔ پروفیسر چیئن (Prof. Chiene) نے ایک واقعہ بالتفصیل بیان کیا ہے۔ اس میں شکمی محور (coeliac axis) اور ماسارمقی عروق میں ڈاٹ لگ گئی تھی، لیکن ان شریانوں کی شاخوں میں احتیاء کو رسد پہنچانے کے لئے خون کی ایک کافی مقدار ان کے جدار سی رابٹوں کے راستہ سے پہنچ جاتی تھی۔

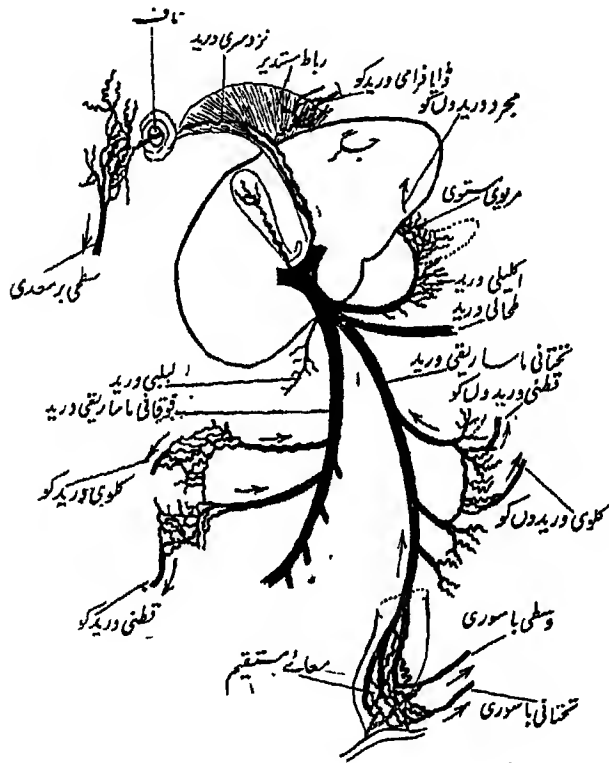
## بابی دوران خون کے تسدد میں جو جگر کے مرض سے پیدا ہوتا ہے

خون بابی ورید میں سے نظامی وریدوں میں مندرجہ ذیل مقامات پر داخل ہو سکتا ہے (نکل ۱۱۳)۔  
 (۱) معائے ستقیم کے زیرین حصہ پر فوقانی باسوری وریدوں میں سے تحتانی اور وسطی باسوری وریدوں میں۔ (۲) مری پر اکیلی وریدوں جیسے مری و وریدوں میں۔ (۳) ذاتی شکل (falciform) رباط اور رباطات مستدیر میں بابی ورید سے بر معدی کی شاخوں میں۔ (۴) شکم کی موصود یوار کی زیر باریطونی بافت میں جہاں کلوی اور ڈایا فرا می (phrenic) اور قطنی اور بین ضلعی وریدیں ماسارمقی اور لبلبی اور دوسری وریدوں سے خون وصول کرتی ہیں۔ ثرب یا حشائی باریطون اور جدار سی باریطون کے درمیان انضمامات پیدا کرنے سے جیسا کہ ٹالما مورسین (Talma-Morrison) کے عملیہ میں کیا جاتا ہے بابی اور وریدی دوران خون کے درمیان نئے اور بڑے بڑے ربط پیدا کر دئے جاتے ہیں۔ خارجی صرقتی ورید اور بابی ورید کے درمیان ربط موجود ہونے کے واقعات درج کئے گئے ہیں۔ یہ ربط عام طور پر عمیق بر معدی ورید سے پیدا ہوتے ہیں جو ناف کے قرب جوا میں کسی سابقہ ٹمری ورید سے مل جاتی ہے۔

## صدری قنات (thoracic duct) - صدری قنات بائیں عضلہ قصیہ

حلیہ (sterno-mastoid) کے زیرین حصہ کے نیچے سے تدرن زدہ غد کے علیحدہ کرنے کے دوران میں زخمی ہو سکتی ہے۔ یا جیسا کہ بعض یران کردہ واقعات میں ہوا ہے، یہ گردن کی ہول میں

کٹے جاتی ہے۔ ہر ایک حالت میں لمف اور کیلوس بہت بڑی مقدار میں زخم سے بہنے لگتا ہے۔ یہ قنات دوران حیات میں منکسر ہو چکی ہے۔ اور طرہ یہ ہے کہ اس سے کوئی نمایاں علامات پیدا نہیں ہوئے فوق تر قوی منکسر میں سے غد مذکالئے وقت یہ کاٹی اور باندھی جا چکی ہے، اور کوئی خرابی نتیجہ



شکل ۱۱۳ ان مقامات کو نظر کر کے یہ ہیں باقی اور نظامی دروڑا ناستِ خون میں  
رابطہ موجود ہوتے ہیں۔

(جے۔ ایس۔ بی شاپ فورڈ کے مطابق۔)

برآمد نہیں ہوا۔ لیفت (Leaf) نے یہ ثابت کیا ہے کہ صدری قنات موخر منصف میں بے قرین (azygos) وریدوں سے اور صدر اور گردن کی دائیں جانب کے لمفی عروق سے آزادانہ ربط رکھتی ہے۔ شکم کے بالائی حصہ میں واقع شدہ خبیث سلعات کے انتشار کے لئے یہ اکثر ایک جبری کام دیتی ہے۔ سرطان معدہ میں گردن کی بائیں جانب کے تحتانی عمیق غدد کی کلانی عام طور پر پائی جاتی ہے۔ اور بعض اوقات پہلی امارت ہوتی ہے جو مشاہدہ میں آتی ہے (ڈیلیو آئیٹیمپٹوئس : W. M. Stevens)۔ یہ قنات اکثر ایک ڈلٹا پر ختم ہوتی ہے جو کئی ایک شاخوں سے بنا ہوتا ہے۔ لہذا علم کے بعد کیلوس کے عارضی طور پر بہانے کا مطلب لازمی طور پر یہ نہیں ہوتا کہ تمام قنات بعد میں ندبہ سے منطس ہو جائیگی کیونکہ یہ ممکن ہے کہ بعض شاخیں ضرر سے بچ گئی ہوں۔

## باب سیم حوض اور احتشائے حوض

**حوض کا میکا نیہ**۔ بعض احتشائے کے لئے کھفہ کا، اور بعض شکی اعضا کے لئے سہارے کا، اور جارح اسفل اور بہت سے عضلات کے لئے چسپیدگی کے مقام کا کام دینے کے علاوہ، حوض کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں جسم کے وزن کو منتقل بھی کرتا ہے۔ یہ انتقال وزن دو محرابوں کے ذریعہ سے عمل میں آتا ہے۔ ان میں سے ایک کھڑے ہونے کی حالت میں کام آتی ہے اور ایک بیٹھنے کی حالت میں۔ کھڑے ہونے کی حالت میں محراب عجز (sacrum) اور عجزی حرقنی مفاصل اور فغانا (acetabula) اور ہڈی کے ان دونوں جو موخر الذکر دونوں مقامات کے درمیان پھیلے ہوئے ہیں بنتے ہیں۔ اگر ان کے سوا حوض کے تمام دوسرے حصے کاٹ دئے جائیں تو بقیہ حصے پھر بھی جسم کا وزن برداشت کر سکیں گے اور اس مادہ محراب کو طارح کر نیچے جس میں سے وزن منتقل ہوتا ہے۔ بیٹھنے کی حالت میں محراب عجز اور عجزی حرقنی مفاصل اور ور کی حدیہ جات (tubera ischiorum) اور ہڈی کے ان مضبوط دونوں پر مشتمل ہوتی ہے جو موخر الذکر دونوں حصوں کے درمیان پھیلے ہوئے ہیں۔ سرمنہتری مورس (Sir Henry Morris) نے ان دونوں محرابوں کو فذی عجزی (femro-sacral) اور

در کی عجزی (ischio-sacral) نام دئے ہیں۔ لائیمی (innominate) ہڈی کا امتحان کر کے یہ ظاہر ہوگا کہ اس کے سب سے موٹے اور سب سے مضبوط حصے وہ ہیں جو ان محرابوں کے خطوط میں واقع ہوتے ہیں۔ ”جب محراب میں بہت زیادہ طاقت کی ضرورت ہوتی ہے تو اسے حلقہ کی شکل میں بڑھا دیا جاتا ہے تاکہ ایک محراب مقابل بن جائے یا محراب کے سروں کو ملانے کے لئے ایک بندھن (tie) بنادی جاتی ہے اور اس طرح ان کو باہر کی طرف کو سرکنے سے روک دیا جاتا ہے۔ عین کے جسم اور ان کے افقی فروغ سے فحذی عجزی محراب کی اور عین کے متحدہ فروغ اور عظم در کی سے در کی عجزی محراب کی بندھن یا محراب مقابل بنتی ہے۔ اس سے اس امر کی توجیہ ہوتی ہے کہ جب حوض کو کوئی زیادہ وزن برداشت کرنا پڑتا ہے، مثلاً حمل میں، تو ارتفاق پر اتنا بار کس طرح پڑتا ہے۔ اور جن حالتوں میں یہ جوڑ کمزور یا ماؤف ہو جاتا ہے ان میں اتنی نا طاقی اور کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی عدم استطاعت کیوں پائی جاتی ہے۔ اور کساحت (rickets) اور لینت العظام (mollities ossium) میں حوض کا مقدم حصہ جسم کے وزن سے خمیدہ اور بد شکل کیوں ہو جاتا ہے۔ یہاں یہ بیان کیا جاسکتا ہے کہ کساحت کی بد شکل کیچہ کی عمر کے لحاظ سے جس میں یہ مرض شروع ہوا اور اس ہئیت (attitude) کے لحاظ سے جب کہ وہ مریض ہو بہت مختلف ہوتی ہے۔ کساحتی حوض کی عام قسم میں دونوں فغان ایک دوسرے کے قریب آ جاتے ہیں اور حوض کا مقدم حصہ خمیدہ ہو جاتا ہے، جس سے ارتفاق آگے کی طرف کو نکل جاتا ہے، اور کھفہ مستحق قشر میں بہت تنگ ہو جاتا ہے۔ شدید حالتوں میں عانی محراب بعض اوقات عملاً مہبوط ہو جاتی ہے۔ اور افقی فروغ ایک دوسرے کے تقریباً متوازی ہو جاتے ہیں۔

انتصابی ہئیت میں حوض اس قدر مائل ہو جاتا ہے کہ اصلی حوض کی لگڑ کا مستوی افق کے ساتھ ۶۰ سے لیکر ۶۵ تک کا زاویہ بناتا ہے۔ عجز کا قاعدہ ارتفاق کے بالائی کنارہ سے تقریباً ۳ انچ اوپر ہوتا ہے۔ اور اس کی لوک اس کے زیرین کنارے سے ذرا اونچی ہوتی ہے۔

لے سر مہتری مورس۔ ”مفاصل“ (The Joints) صفحہ ۱۱۶ پر حوض کے میکا نیس کا نہایت گراں قدر بیان پایا جائے گا۔

(بالغ کے) تمام جسم کا مرکز جاذبہ قطنی عجزی تراویر کے عین اوپر اس خط کے عین وسط پر ہوتا ہے جو عظام فخذی کے سروں کے درمیان کھینچا جائے۔

### حوض کے کسور۔ جو کچھ ابھی بیان کیا گیا ہے اس کا ملخص یہ ہے کہ حوض کے

کمزور ترین حصے ارتفاق (symphysis) اور عجزی حرقنی جوڑوں پر پائے جاتے ہیں۔ مگر ان حصوں کی ہڈیاں قوی رباطات سے اس مضبوطی سے جوڑی ہوتی ہیں کہ ان مفصل کا خلع بہت نادر وقوع ہے، اور ہم پہلو ہڈیوں کا کسر بہت عام ہے۔ حوض کا عام ترین کسر کمر و محراب مقابل میں واقع ہوتا ہے اور عانین اور عظام وری کے فروغ پر اثر انداز ہوتا ہے۔ اس کسر میں عجزی حرقنی جوڑے قریب رباطات کی اکثر کچھ دریدگی پائی جاتی ہے۔ اور یہ ان حوادث میں پایا جاتا ہے جو نہایت مختلف اقسام کے ضربات سے ظہور پذیر ہوتے ہیں۔ اس حالت کو ٹلاؤ (Tillaux) نے یوں بیان کیا ہے۔ اگر (۱) حوض کو مقدم موخر رخ میں مضبوط کیا جائے تو قوت کا زیادہ محراب مقابل پر پڑتا ہے جو بلا واسطہ ضرب سے کسور ہو جاتی ہے۔ اگر اس قوت کا سلسلہ جاری رہے تو اس کا رجحان دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے سے دور ہٹانے کی طرف ہوتا ہے اور اس طرح یہ عجزی حرقنی مفصل کے تمام رباطات کو شق کر دیتی ہے۔ اور اگر (ب) طاقت کا اثر متعرض ہو تو دونوں فحجانوں کا رجحان دب کر ایک دوسرے کے قریب آنے کی طرف ہوتا ہے۔ محراب مقابل زیادہ خمیدہ ہو جاتی ہے اور انجام کار بالواسطہ ضرب سے ٹوٹ جاتی ہے۔ اسی تسلسل میں ضرب دونوں حرقنی ہڈیوں کو ایک دوسرے کے قریب دھکیل دیتی ہے اور اس حالت میں بار عجزی حرقنی جوڑ پر پڑتا ہے۔ اور اس جوڑے کو موخر رباطات کے ٹوٹنے کا احتمال ہوتا ہے یا ہڈی کے وہ حصے جو اس جوڑے ہم پہلو ہوتے ہیں دریدہ ہو کر علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ گرنے کے ان واقعات میں جب کہ مریض پاؤں یا ور کی حدیہ جات کے بل گرتا ہے یہ سمجھ میں آسکتا ہے کہ بہت سی مثالوں میں بڑی بڑی محرابیں بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے کس طرح ضرر سے بچ جاتی ہیں، اور محراب مقابل کسور ہو جاتی ہے۔

حوض کے ہر ایک حصہ میں بشمول عجز ایسی بلا واسطہ ضرب سے جس کا محل وقوع بہت محدود ہو کسرا واقع ہو سکتا ہے۔ مقدم موخر اور موخر فوقانی شک جات بھی علیحدہ ہو چکے ہیں اور



حرقنی عرف پر بھی کم و بیش ہی صادق آتا ہے۔ موصو الذکر حصہ بطور برہالہ کے علحدہ ہو سکتا ہے۔ ہڈی کے ساتھ یہ تقریباً چوبیسویں سال پر متحد ہوتا ہے۔ ایک واقعہ میں مقدم تختانی شوکی زائدہ دوڑیں حصہ لینے کے دوران میں عضلہ مستقیمہ کے فعل سے علحدہ ہو گیا تھا۔

لا اسمی ہڈی (os innominatum) تین تشریحی حصوں میں ٹوٹی ہے۔ یہ حادثہ تقریباً سترہویں سال کے بعد واقع نہیں ہو سکتا کیونکہ اس زمانہ میں وائی (۷) کی شکل کا غضروف بالعموم کلی طور پر منتظم ہو جاتا ہے۔ اور نینوں ابتدائی ہڈیاں فحان میں کل طور پر متحد ہو جاتی ہیں اس قسم کے اتحاد کے واقع ہونے سے پیشتر کولے کے جوڑ کا خراج اکثر غضروف میں سے گذر کر حوض میں پہنچ جاتا ہے۔ فنیال میں کس واقع ہو چکا ہے، اور فندی کا سراں کے باریک ترین حصہ میں سے گذر کر حوض میں جا چکا ہے (مرکزی خلع)۔ عانین اور عظم ورکی (ischium) کے کسور میں مثلاً بعض اوقات تیز ٹکڑوں سے دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور مچائی بول اور مہل کو بھی ضرر پہنچ جاتا ہے۔ عجری کے کسور میں معائستہ مستقیمہ چمچی ہے اور نیچے کے ٹکڑے سے (جو ہمیشہ آگے کی طرف کو چلا جاتا ہے) اس طرح مضبوط ہو چکی ہے کہ تقریباً بندی ہو گئی تھی۔

500

ارتفاق عانہ (symphysis pubis)۔ ارتفاق کی ہڈیوں کی علحدگی بغیر

کسر کے شدید چوٹ سے واقع ہو چکی ہے۔ ماہل گین (Malgaigne) نے تین واقعات سے متعلق اطلاع دی ہے جن میں یہ علحدگی صرف شدید عضلی زور یعنی دونوں طرفوں کے مقرب عضلات کے انتہائی فعل سے واقع ہوئی تھی۔ منقبض حوض کی حالت میں وضع حمل کے دوران میں زیادہ گنجائش حاصل کرنے اور اس طرح قیصری عمل سے احتراز کرنے کے لئے ارتفاق عانہ کو کاٹا جاسکتا ہے۔ اس کا اتحاد لیفی غضروف اور تعرض لیفی بندوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کی گہرائی پانچ انچ کے درمیان ہوتی ہے، اور اسے زیر جلدی طور پر کاٹا جاسکتا ہے، اور اس طرح ہڈیاں پورے پانچ کثادہ ہو جاتی ہیں۔ گریہ ثابت کیا جا چکا ہے کہ مقدم موصو قطر کو پانچ برٹخانے کے لئے ہڈیوں کو پانچ تک دور ہٹانا ضروری ہوتا ہے۔ اور اس قسم کی علحدگی سے عجری حرقنی رباہات دریدہ ہو جاتے ہیں اور حوضی ایستادگی چھپیدگیوں کو ضرر پہنچتا ہے۔

عجری صرقنی جوڑ (sacro-iliac joint) میں بعض اوقات مرض ظہور پذیر

ہوتا ہے۔ طبعی طور پر اس جوڑ میں ایک زلانی فضا اور سیدھ حرکت موجود ہوتی ہے۔ چونکہ یہ مفصل حوض کی بڑی بڑی محرابوں کی سیدھ میں واقع ہوتا ہے اسلئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس میں الہتاب واقع ہونے کی صورت میں مریض کے کھڑے ہونے اور بیٹھنے کی حالت میں اور خاص کر جبکہ جسم کو حوض پر گردش دینے کی کوشش کی جائے بہت سارے محسوس ہوگا۔

جب **سراج** بنجاتا ہے تو اس کا رجحان آگے کو آنے کی طرف ہوتا ہے، کیونکہ مقدم رباط کمزور ہوتا ہے اور موخر رباط کثیف اور دبیز اور بہت مضبوط ہوتا ہے۔ جوڑ کی حوضی جانب پر پیچھے کے بعد پیچ بعض اوقات حرقنی حفرہ میں پہنچ جاتی ہے، یا حرقنی خصری (ilio-psoas) غلاف میں داخل ہو جاتی ہے۔ یا قطنی عجری جہل (lumbo-sacral cord) یا عظیم نائی عصب (great sciatic nerve) کے ساتھ ساتھ چلی جاتی ہے اور ران میں جا کر فلطاح عظیم کے پیچھے ظاہر ہو جاتی ہے، یا یہ عروق ساد (obturator vessels) کے ساتھ ساتھ چکر درقی سوراخ تک پہنچ جاتی ہے اور انجام کار ران کی اندرونی طرف پر نمودار ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں خراج پیچھے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور اس کا منہ جوڑ کی موخر جانب پر بن جاتا ہے۔

پیچھے کی طرف سے اس جوڑ تک رسائی کرنا اس کی گہرائی اور اس کے موخر رباط کی مضبوطی کی وجہ سے بہت مشکل ہے۔ الوی خط میں سے یہ اس ٹنگاف سے بہتر طریقہ پر معرا کیا جاسکتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر نصف کے تقریباً متوازی اور اس سے تقریباً ۲ انچ پیچھے دیا جائے۔ الوی عضلات اور راکاٹ دی جاتی ہے حتیٰ کہ حرقفہ معرا ہو جاتا ہے اور جراح نسائی کٹاؤ کے بالائی حاشیہ کو انگلی سے محسوس کر لیتا ہے۔ پھر یہ جوڑ عظم حرقنی کا اس خط کے وسط پر تر فان کرنے سے معرا کر لیا جاتا ہے (دیکھو شکل ۱۲۴ صفحہ ۵۵۵)۔ اوجھائی کٹاؤ کے مقدم کنارہ سے لیکر اس نقطہ تک کھینچا جاتا ہے جو حرقنی عرف کے موخر اور وسطی تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہو (وھیملر: Wheeler)۔

اس جوڑ کے عصبی تعلقات اہم ہیں اسکو فوقانی الوی (superior gluteal) عصب، اور قطنی عجری جہل (lumbo-sacral cord) اور پہلا عجری عصب، اور پہلا اور دو سرا موخر عجری عصب رسد پہنچاتے ہیں (مورس: Morris)۔ قطنی عجری جہل اور

عصب ساد (obturator nerve) اس مفصل سے بہت قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ ان تعلقات سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ عجری حرقنی (sacro-iliac) امراض میں درد عجری خط پر (بالائی عجری اعصاب) اور سرین (الوی عصب) میں محسوس ہوتا ہے۔ کولے اور گھٹنے کے جوڑوں میں اور ران کی اندرونی جانب کے ساتھ ساتھ (عصب ساد) بہت سے درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ ایک یا دو بیان کردہ واقعات میں ساق اور ران کی پچھلی طرف میں شدید درد موجود تھا اور ساتھ ہی ان حصوں کے عضلات میں درد خیز جھٹکے بھی پائے جاتے تھے (قلبی عجری جصل اور اس کا وہ تعلق جو عظیم سائی عصب کے ساتھ ہوتا ہے)۔

**عجری کا خلع** (dislocation of the sacrum)۔ اس ہڈی کا عجیب و غریب

502

دوہرا خانہ نما خاکہ اور وہ بہت سے کثیف رابطات جو اس کو اپنی جگہ پر قائم رکھتے ہیں اس کو اس جوڑ پر مخلوع ہونے سے باز رکھتے ہیں۔ یہ ہڈی بہت ترچھی واقع ہوتی ہے، اور اس لئے جسم کے وزن کا رجحان اس کے قاعدہ کو حوض کے اندر دھکیلنے اور اس کے راس کو اوپر اٹھانے کی طرف ہوتا ہے۔ مضبوط موخر عجری حرقنی رابطات پہلی حرکت کو اور عظیم عجری لٹائی رابطات دوسری حرکت کو روکتے ہیں۔

**عجری عصمی سلعات** (sacro-coccygeal tumours)۔ عجری

عصمی خط اکثر خلقی سلعات کا محل ہوتا ہے۔ مزید برآں حوض کے اس حصہ کے ساتھ تیسرا زین چارہ بھی چسپیدہ پایا جاتا ہے جس سے ”سہ پاٹگی“ (tripodism) کی حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عمود شوکی کے اس حصہ سے طفیلی جنبیات بھی اکثر چسپیدہ پائے گئے ہیں۔ منقسم جنبیات کی بہت سی مثالیں ہیں دونوں افراد عمود شوکی کے اس حصہ سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ بعض عجری عصمی سلعات میں سرعلی دویرت اور جلد، عضلہ، عصب، ہڈی، غضروف اور غشاء مخاطی کے ٹکڑے پائے جاتے ہیں۔ یہ عجیب و غریب تو دسے عصص کے مقدم حصہ سے اس کے اور معائنے تقیم کے درمیان پیدا ہوتے ہیں۔ بعض کا یہ خیال ہے کہ یہ عصمی جسم سے پیدا ہوتے ہیں، اور بعض جیسا کہ بلینڈ سٹن (Bland-Sutton) کی رائے ہے ان ساختوں سے

پیدا ہوتے ہیں جن کو ماہرین جنینیات بعد مہزری رودہ (postnatal gut) اور عصوی گذرگاہ (neurenteric passage) کہتے ہیں۔

**عجری عصبی جوڑ میں بعض اوقات خلج یا مرض واقع ہو جاتا ہے۔ ان میں سے**  
 ہر ایک عارضہ میں اس حصہ کے ان عضلات کے ذریعہ سے بکثرت حرکت کرنے سے جو عصب سے  
 چسپیدہ ہیں (الویہ کبیرہ، عصبیہ، رافع مبرز، اور عضلہ عاصہ) بہت دور موجود رہتا ہے۔  
 خلج میں یہ ہڈی بعض اوقات معائنے سے مستقیم تکمیل کر آتی ہے اور تکلیف کا باعث ہوتی ہے۔  
 اس جوڑ میں اور اس کے ارد گرد کے حصوں میں بعض اوقات ایسا شدید وجع العصب (عصبی رذ)  
 (coccygodynia) پیدا ہو جاتا ہے کہ عصب کا استیصال کرنا پڑتا ہے، یا ان ساختوں  
 کو کاٹنا پڑتا ہے جو اس کی پچھلی طرف کو ڈھانکتی ہیں۔ اس جوڑ اور اس کی ارد گرد کی پچھلی  
 کو مندرجہ ذیل اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ دوسرے تیسرے اور چوتھے عجری اعصاب کی  
 موخر قسمتوں سے، اور پانچویں عجری اور عصبی کی مقدم اور موخر قسمتوں سے۔ پیرانہ مالی  
 میں عصب نعلیم سے عجز کے ساتھ متحد ہو جاتا ہے۔

### 502 حوض کا فرش اور حوضی ردا۔ طبعی حالت میں عظمی حوض کے مخرج میں

پچھلے سے آگے کی طرف کو مندرجہ ذیل ساختیں پائی جاتی ہیں، عضلہ کمریہ (pyriformis)،  
 عجری نسانی رابطات، عضلہ عصبیہ، رافع مبرز (جو نہایت ہی اہم جزو ہے)، اور عجان  
 کا مثلث رابط۔ ان سے حوض کا ڈایا فرام یا فرش بنتا ہے۔ موخر الذکر تینوں ساختیں کہند  
 حوض کو عجان سے علحدہ کرتی ہیں اور حوضی اختاء کے لئے ایک عضلی گہوارے کا کام دیتی ہے۔

### فرش حوض کے روزن۔ دائیں اور بائیں رافعات مبرز کے مانی

عصبی ریشہ ایک تنگ درز کے ذریعہ سے علحدہ ہوتے ہیں جو اتفاقاً مانہ سے لیکر مہزری  
 عصبی جہنم تک جاتی ہے۔ اس درز یا سبوں میں سے فرش حوض کے روزن یعنی مہزری قنال  
 مہل اور مجری بول کھلتے ہیں۔ اس درز کا طول تقریباً ۱۱ انچ ہوتا ہے۔ دوران مہزریا

رافع مبرز کے ریشے ڈھیٹے ہو جاتے ہیں اور قنال مبرز پیچھے کی اور نیچے کی طرف کو حرکت کر جاتی ہے جس سے درز مذکور تقریباً ۱/۲ انچ اوپر لمبی ہو جاتی ہے (آر - ایچ - پیرامور R. H. Paramore: دوران وضع حمل میں روزن ہبل جنین کے سر کے گزرنے سے بہت متاثر ہو جاتا ہے۔ عضلی مساعی میں جبکہ شکم کا عضلی نظام بھی منقبض ہو جاتا ہے یہ درز یا سیون عانی عصعصی ریشوں کے انقباض سے جھوٹی ہو جاتی ہے اور قنال مبرز اتفاقاً عانہ کی طرف کھینچ جاتی ہے۔ مزید برآں یہ درز قنال مبرز اور بولی تناسلی گذرگاہ کے درمیان عجائی (perineal body) سے پڑھتی ہے۔ دائیں اور بائیں عانی عصعصی عضلات کے ہم پہلو کناروں کے درمیان جوافت حائل ہوتی ہے اس میں بہت سا غیر مخطط عضلہ پایا جاتا ہے۔ سامنے کی طرف سے اس درز کو مثلث رباط سے قوت پہنچتی ہے۔ وسطانی عانی عصعصی ریشے اس رباط پر واقع ہوتے ہیں۔

**حوضی ردا (pelvic fascia)۔** حوضی ردا ایک پیچیدہ ساخت ہے جو

مندرجہ ذیل حصوں سے مرکب ہوتی ہے۔ (۱) عضلی غلافات۔ (۲) حشائی غلافات یا کیسہ جات۔ (۳) عرقی غلافات۔ (۴) رافع مبرز کا محرابی (arcuate) رباط۔ عضلی غلافات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) ردا ئے ساد (obturator fascia) جو عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کی حوضی جانب کو پوشیدہ کرتی ہے اور حوض کے اندر فی حصہ سے اس عضلہ کے مبداء کے ارد گرد چسپیدہ ہوتی ہے۔ (۲) وہ یعنی تختہ جو عضلہ کمثریہ (pyriformis) کی حوضی جانب پر ہوتا ہے اور جس میں داخلی صرقفی عروق اور عجزی اعصاب مدفون ہوتے ہیں۔ (۳) رافع مبرز (levator ani) کا غلاف۔ اس کی عجائی جانب پر کی تہ مبرز کی ردا (anal fascia) کے نام سے موسوم ہے، اور حوضی جانب پر کا طبقہ ردا کی حشائی تہ (visceral layer) کہلاتا ہے۔ (۴) مثلث رباط جو ایک لمبی بافت ہے جس سے مضیق مجری بول (constrictor urethrae) گھرا ہوتا ہے اور جو بصلہ قضیب کے لئے ایک محکم چسپیدگی کا کام دیتی ہے (ایلیٹ اسمتھ: Elliot Smith)۔ حشائی غلاف یہ ہیں۔ غدہ قدامیہ (prostate) کا غلاف۔ (۲) ہبل کا غلاف۔ (۳) معاشیم کا غلاف۔ ان اعضا کی یہ یعنی پوشش جو حوض کے عضلی فرش پر تنگ ہوتے ہیں عضلہ رافع مبرز

(levator ani) کی بالائی سطح پر حشائی نہ سے اور گرد عرقی غلافوں سے مستند ہو جاتی ہیں۔ گرد عرقی غلافات مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) وہ لیفی بافت جو داخل حشائی حوضی (internal iliac) کی حشائی شاخوں۔ رحمی، مثانی، قدامی (prostatic) اور باسوری (haemorrhoidal)۔ اور اعصاب کے حوضی ضعیفہ کے ارد گرد پائی جاتی ہے (اس بافت کے کچھ حصہ کا ذکر حوضی اشتاء کے تعلیقی رباط: suspensory ligament کے نام سے کیا جا چکا ہے۔ لے۔ ایم۔ پیٹرسن: A. M. Paterson)۔ (۲) وہ لیفی غلاف جو داخل حشائی حشائی (internal pudic) عروق کو گھیرے ہوتا ہے جس کے ایک حصہ کو قنال الکاک (Alcock's canal) کہتے ہیں۔

رافع مبرز کا محرابی وتر (arcuate tendon) وہ ساخت ہے جو ہلکے بطن سے نام سے بیان کی جاتی تھی۔ یہ لیفی بافت کا ایک مضبوط بند ہے جو حوض کی موخر جانب سے ارتفاق کے زیرین کنارہ کے قریب سے لیکر پیچھے کی طرف کو حوض کی اندرونی جانب تک چلا جاتا ہے اور وہ کی شوکہ کے قریب ردائے ساد کی اندرونی سطح پر پہنچ جاتا ہے۔ اس وتری بند سے رافع مبرز کے بہت سے ریشے پیدا ہوتے ہیں۔ تعلیقی یا گرد عرقی رباط کو بھی اسی سے سہارا ملتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ اکثر آزاد ہوتا ہے اس لئے محرابی رباط اور ردائے ساد کے درمیان آسانی سے الجھل داخل کی جاسکتی ہے۔ اس مقام پر فوق واقع ہو سکتا ہے۔ عضلی اور عرقی غلافات اپنے نقطہ تماس پر متحد ہو جاتے ہیں۔ اس طرح حوضی ڈایا فرام اور اشتاء کے ایک دوسرے کے ساتھ بخوبی متحد ہو جانے سے ایک پیچیدہ ساخت بن جاتی ہے۔

## حوضی اشتاء کی تثبیت اور ان کے حرکات۔ اشتاء حوض کے

505

اپنے اپنے محل سے ٹل جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اس امر کا علم کہ یہ کس طرح تثبت اور اپنی اپنی وضع پر قائم رہتے ہیں کل علاج کا واحد اہل اصول ہے۔ مثانہ اور معائے ستفیم اور رحم کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ اس طرح واقع ہوں کہ پورا اور خالی ہو سکیں۔ اور ان کا سہارا ایسا ہونا چاہئے کہ یہ ان قوی حرکتوں اور سب قسم کے دباؤ کا مقابلہ کر سکیں جو فعال عضلی اور تنفسی مساعی میں تمام اشتاءے شکم کو برداشت کرنا پڑتا ہے۔ حشائی حرکت کے آزادانہ واقع ہونے کے لئے

جداری حوضی باریکون ڈھیلا چسپیدہ ہوتا ہے، لیکن نشانہ اور رحم اور معائستہ تقیم پر یہ غشا مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ چنانچہ جب ان احتشاء میں تندر واقع ہوتا ہے تو یہ جداری باریکون کے انعامات کے زیرِ مصلی بافت کی نہایت ہی ڈھیلی تہ سے چسپیدہ ہونے کی وجہ سے باسانی پھسل سکتے ہیں اور حوض میں سے اوپر کی طرف جڑھ سکتے ہیں۔ ان کے مشمولات کے دفعیہ کے دوران میں حشائی عضلی نظام کو ایک نقطہ ثابت کی ضرورت ہوتی ہے جس پر سہارا لیکر اپنا فعل کر سکے۔ نشانہ کا عضلی نظام عانی قدامی (puho-prostatic) رباط اور غدہ قدامیہ کے کیبہ کے ذریعہ سے عانین کی پشت اور مثلث رباط سے مثبت ہوتا ہے۔ نیز جانبی صادق مثانی رباطات کے ذریعہ سے یہ عضلہ رافع مبرز کے محرابی رباط کے مقدم حصوں سے بھی چسپیدہ ہوتا ہے۔ مہبل بھی محرابی اور مثلث رباطات سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اور اس لئے وضع محل کے دوران میں یہ رحم کو حوض کے ساتھ بلا واسطہ چسپیدہ کرنے کا کام دیتی ہے۔۔۔ قتال مبرز فرش حوض کے روزن کے موخر حصہ میں ثبت ہوتی ہے۔ معائستہ تقیم کا قتال مبرز کے ساتھ تسلسل پایا جاتا ہے۔ اس کے طولانی عضلی طبقات کے مقدم بند عجانی جسم میں جا کر ختم ہوتے ہیں۔ مزید براں معائستہ تقیم اپنے خلاف کے حشائی ردا کی بالائی تہ کے ساتھ (جو عضلہ رافع مبرز کے اوپر ہوتی ہے) مسلسل ہو جانے سے اور عجز اور عصص سے مثبت ہوتی ہے۔ حشائی ردا جو رافعات مبرز کی بالائی یا حوضی سطح کو پوشیدہ کرتی ہے اور جس سے اس طرح ان کے خلاف کا کچھ حصہ بنتا ہے، اور مضبوط گرد عرقی غلافات (جن کو تعلیقی رباطات کہا جاتا ہے) احتشاء سے حوض کو مندرجہ ذیل طریقہ سے سہارا دیتے ہیں:- اوپر کی طرف یہ حوض کی جانبی دیوار سے رافع مبرز کے لیفی رباط سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ نیچے کی طرف یہ غمدہ قدامیہ اور مہبل اور معائستہ تقیم کے غلافوں سے متحد ہو جاتے ہیں۔ جب احتشاء اپنی طبعی حالت پر ہوتے ہیں اور رافعات مبرز اپنا فعل کرتے ہیں تو یہ رباطات سہارا بھی دیتے ہیں اور ڈھیلا بھی ہو جاتے ہیں۔ جب حوضی ڈایا فرام کے عضلی سہارے ڈھیلا ہو جاتے ہیں یا ان کو ضرر پہنچ جاتا ہے اور احتشاء اپنے اپنے محل سے ٹل جاتے ہیں تو صرف اس وقت ہی ایسا ہوتا ہے کہ یہ رباطی سہارے اپنا فعل کرتے ہیں۔ اگر حوضی احتشاء مضبوط غلافوں کے ذریعہ سے محفوظ ہوتے تو ان کی زوردار حرکتوں کے دوران میں ان کے اعصاب اور عروق پر بار پڑتا۔ کندھے کے جوڑ میں ایسا ہی ہوتا

یعنی عضلات ہڈیوں کو طبعی وضع پر قائم رکھتے ہیں اور رباط صرف اسی وقت ہی کام کرتے ہیں جب کہ عضلہ کے فعل کی حد سے تجاوز ہو جائے۔

### حوض کی زیر مصلی بافت - جو ڈیصلی ڈیصال کی زیر مصلی بافت باریطون کو

حوضی رداسے چسپیدہ کرتی ہے۔ اس میں خصوصاً عورتوں میں الٹہابی عمل واقع ہو جاتا ہے۔ رباطا عرض کے درمیان اور عرضی رحم کے ارد گرد اور ہبل کے اطراف پر یہ خاص طور پر بافراط موجود ہوتی ہے اور اس سے گرد رحمی اور زرد رحمی بافت بنتی ہے۔ ہبل اور رحم اسی کی وجہ سے آزادانہ حرکت کر سکتے ہیں۔ الٹہابی اعمال اور خراجات اتصالی بافت کے زیر مصلی طبقہ میں سے حوض کے اطراف کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو بہت پھیل سکتے ہیں اور حوضی حفرہ میں پہنچ سکتے ہیں۔ اسی طبقہ میں حالب اور حوضی عروق واقع ہوتے ہیں اور یہ اپنے اپنے غلافوں میں بند ہوتے ہیں۔ اس تہ میں یعنی عضلی ہند بھی پائے جاتے ہیں جن سے رحمی عجزی اور مستدیر رباطات بنتے ہیں۔ رحمی عجزی رباطات ڈگلس (Douglas) کی جیب کو چاروں طرف سے گھیرے ہوتے ہیں اور ہبل کے بالائی حصہ کو عجز کی ڈیصلی ڈیصال بافت سے وابستہ کرتے ہیں۔ مستقیم مثانی یا مستقیم ہبل جیبوں کی تہ پر باریطون کا جوشکن ہوتا ہے وہ غدہ قدامیہ کے غلاف یا ہبل سے اور عجانی جسم سے یعنی بافت کے اس فاصل کے ذریعہ سے چسپیدہ ہوتا ہے جو معائے مستقیم کو اس کے سامنے کی بافتوں سے علاحدہ کرتا ہے۔



# باب سبست ویکم

## عجان

(THE PERINEUM)

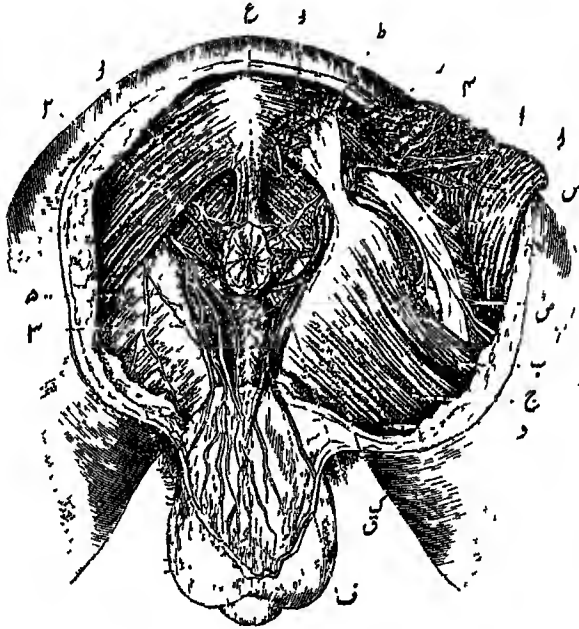
507

مروانہ عجان (شکل ۱۱۳)۔ یہ ایک معین نما فضا ہے جس کے حدود از اتفاق عانہ عانی اور ورکی ہڈیوں کے فروع، ورکی حدیبہ جات، عظیم عجزی نسانی رابطات، دونوں عظیم الوئی عضلات کی کوروں، اور عصعص سے بنتے ہیں۔ اگر اس فضا کو عبور کرتا ہوا ایک خط ورکی حدیبہ جات کے مقدم سروں کے درمیان اور مبرز کے عین سامنے کھینچا جائے تو وہ عجان کو دو حصوں میں تقسیم کرے گا۔ مقدم حصہ مثلث مساوی الاضلاع کے کسب قدر مشابہ ہوتا ہے اور اس کے تمام اضلاع تقریباً ۳ انچ لمبے ہوتے ہیں، اور اسے مبالغی مثلث (urethral triangle) کہا جاتا ہے۔ موخر حصہ بھی کسب قدر مثلث شکل کا ہوتا ہے اور معائستہ تقسیم اور ورکی مستقیم جھڑ جات پر مشتمل ہوتا ہے، اور اسے مبرز می مثلث (anal triangle) کہا جاتا ہے۔

عجان کا عظمی ڈھانچہ تمام اطراف سے کم و بیش واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اور دبے اشخاص میں عظیم عجزی نسانی رابطات عظیم الوئی عضلہ کے نیچے شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مبرز خط وسطی میں ورکی حدیبہ جات کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اور اس کا مرکز عصعص کی نوک سے

تقریباً ۱۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ سیون (raphë) کا تعاقب جو جلد کا ایک خط مناجید ہے مبرز سے لیکر عجان اور صفن اور قضیب کے خط وسطی کے ساتھ ساتھ کیا جاسکتا ہے۔ اس خط کو کوئی عرق عبور نہیں کرتا اور اس لئے جب کبھی ممکن ہو عجان میں ٹنگاف دینے کے لئے ہمیشہ یہی خط منتخب

508



منسل ۱۱۲۔ مردانہ عجان - (روڈنگر : Hüdinger کے مطابق)

ا۔ الویہ کبیرو۔ ب۔ نیم وتری عضلہ اور ذوراسین۔ ج۔ مقربہ کبیرو۔ د۔ شقیہ۔ ه۔ عضلہ کشرہ۔ ص۔ عضلہ داخلہ۔ ص۔ عضلہ خمیزہ۔ ط۔ رافع مبرز۔ ع۔ خارجی عامرہ۔ ف۔ عضلہ بصلیہ کہنگیہ۔ ق۔ عضلہ ورکیہ کہنگیہ۔ ک۔ عضلہ مستعرضہ عجانہ۔ ۱۔ نسائی عصب۔ ۲۔ تنقانی باسوری عروق اور عصب۔ ۳۔ سطحی عجانہ عروق اور اعصاب۔ ۴۔ حیائی (داخلی حیائی) عصب (کٹا ہوا ہے) اور حیائی شریان۔ ۵۔ ران کے مخرجہ جی عصب کی عجانہ شاخ۔

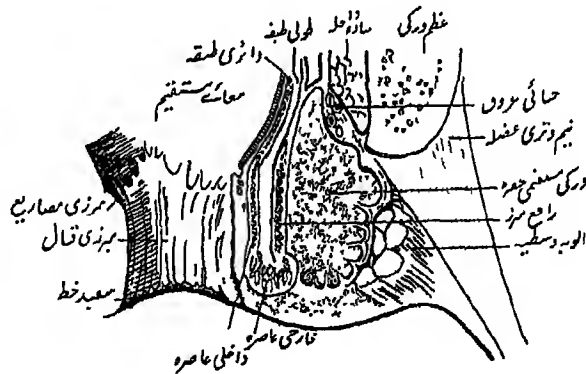
کیا جاتا ہے۔ خط وسطی پر مبرز کے مرکز اور اس مقام کے درمیان فی فاصلہ کے عین سطح میں جہاں صفیں عجان سے متحد ہوتا ہے عجان کا مرکزی نقطہ ہوتا ہے۔ دونوں متعرض عجانی عضلات اور بصلیہ کہنکیہ (bulbo-cavernosus) اور رافع مبرز (levator ani) بھی اسی مقام پر ملتے ہیں جو مثلث رباط کی تختانی کو رکے نقطہ وسطی کا بھی متناظر ہوتا ہے۔ بصلہ (bulb) عین اس کے سامنے ہوتا ہے۔ اور اسی طرح وہ ثریان بھی جو بصلہ کو جاتی ہے اس کے سامنے ہوتی ہے، اور اس لیے حصات شکافی میں شکاف کو اس نقطہ کے سامنے سے ہرگز شروع نہ کرنا چاہئے۔ عجانی فضا کہنہ حوض سے عضلات رافع مبرز اور اُن ردائی ساختوں کے ذریعہ سے جو ان سے تعلق رکھتی ہیں علحدہ ہوتی ہے۔ عجان کی گہرائی کا مطلب جلد اور فرش حوض کا درمیانی فاصلہ ہے۔ اس گہرائی کا انحصار زیادہ تر جلد کے نیچے کی جیرونی کی مقدار پر ہوتا ہے۔ مختلف حصوں میں اس میں معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ عجان کے عقبی اور بیرونی حصوں میں اس کی پیمائش ۲ سے لیکر ۳ انچ تک ہوتی ہے، اور اس فضا کے مقدم حصوں میں یہ ۱ انچ سے کم ہوتی ہے۔

509

**ور کی مستقیم حفرہ (ischio-rectal fossa) ہرشی شکل کا ہوتا ہے۔**  
اس کا راس رافع مبرز کے زیرین کنارے پر ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱۵)۔ اور اس کا قاعدہ مبرز اور ور کی حدیبہ (ischial tuberosity) کے درمیان کی جلد سے بنتا ہے۔ یہ حفرہ راس پر ان لیفی تہوں کے اتحاد سے جو اس کی بیرونی اور اندرونی دیوار کی پوشش ہوتی ہیں بند ہوتا ہے اور یہ جوں جوں آگے کی طرف کو جاتا ہے اتھلا ہوتا جاتا ہے اور مثلث رباط کے قاعدہ کے مقابل ختم ہو جاتا ہے۔ آگے سے پیچھے کی طرف کو اس کی پیمائش تقریباً ۲ انچ ہوتی ہے، اور ایکٹ سے دوسری طرف کو اس کا عرض ۱ انچ ہوتا ہے، اور اس کی گہرائی ۲ اور ۳ انچ کے درمیان ہوتی ہے۔ اس کے حدود یہ ہیں: بیرونی جانب پر عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) ہوتا ہے جو اپنی رداسے ڈھکا ہوتا ہے، اور داخلہ حیائی (internal pudic) عروق اور اعصاب کالیفی غلاف ہوتا ہے (شکل ۱۱۵)۔ اندرونی جانب پر رافع مبرز ہوتا ہے جو مبرز کی رداسے ڈھکا ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف مثلث رباط کا قاعدہ اور عضلہ متعرضہ عجانہ (transversus perinei) ہوتا ہے۔ اور پیچھے کی طرف

عضلہ الوبیہ کبیرہ (gluteus maximus) اور عظیم عجزی نائی رباط (great sacro-pudic) (sciatic ligament) اور عضلہ عصبیہ (coccygeus) ہوتے ہیں حیائی (pudic) عروق اور اعصاب (داخلی حیائی: internal pudendal) حدیبہ جاست و کرک (tuber ischii) کے زبرین کنارہ سے تقریباً ۱۱ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتے ہیں۔ اس حفرہ میں چربی کا ایک تودہ موجود ہوتا ہے جو مبرز کے لئے لچکدار تکیہ کے سہارے کا کام دیتا ہے۔ اس شحمی بافت کی خوبی رسد ناقص ہوتی ہے، اسی وجہ سے اور نیز اس حصہ کے محل کے نیچا ہونے اور مریض کے نمدار اور سرخستوں وغیرہ پر بیٹھنے سے اس کا تکشف ہو جانے سے

اس فضا میں خراج کثیرا لائق ہوتا ہے (ورکی مستقیم خراج ischio-rectal)



فنسل ۱۱۵۔۔۔ قتال مہرز اور وری کی مستقیم فضا کی تراش۔

(پروفیسر ایلیٹ سمیٹہ اور سر چارلس بال کی تصویروں کی ترمیم کر کے بنائی گئی ہے۔)

یعنی جلد میں سے اور قتال مہرز کی دیوار میں سے۔ جب یہ خراج ان دونوں راستوں سے

خالی ہو چکا ہے تو ناسور ممبرز (fistula in ano) بن جاتا ہے۔ یہ امر معلوم کر لینا مناسب ہو گا کہ ناسورات ممبرز کا جو فتق ممبرزی قنال میں کھلتا ہے وہ ممبرز سے پاکی کے فاصلہ کے اندر ہوتا ہے۔ روده میں فتق کے زیادہ اوپر بننے کو اس حفرہ کی بیرونی اور اندرونی دیواروں کی لمبی پوشش کا اتحاد مانع آتا ہے (شکل ۱۱۵)۔

تحتانی باسوری عروق اور اعصاب اس فضا کو اس کے پچھلے حصہ سے لیکر ممبرز تک ترچھے رخ میں عبور کرتے ہیں (شکل ۱۱۲)۔ اس حفرہ کے مقدم اور بیرونی زادیوں کو عجانی عروق اور اعصاب عبور کرتے ہیں اور اس فضا کے موخر کنارہ کے قریب چوتھا عجری عصب اور صغیر نسائی عصب (موخر فخذی جلدی: posterior femoral cutaneous) کی شاخیں ہوتی ہیں۔ لہذا یہ باسانی سمجھ میں آ جا بیگا کہ در کی استثنیٰ خراجات سے عام طور پر انتہائی تکلیف ہوتی ہے تا وقتیکہ ان کا علاج نہ شروع کر دیا جائے۔ یہ شدید درد غالباً ممبرز کی جلد اور اس کی غشائے مخاطی کی مفرط عصبی رسد اور نیز خارجی باسوری عصب میں خراج سے جب کہ یہ سطح کی طرف بڑھتا جاتا ہے تا واقع ہونے سے پیدا ہوتا ہے۔ اس حفرہ میں خراج کھولنے و جن بڑی بڑی ساختوں سے امتزاز کیا جاتا ہے وہ معائے مستقیم اور حیانی (pudic) اور تحتانی بوا سیری عروق ہیں۔

ممبرز (Anus) (دیکھو صفحہ 548)۔

مہالی مثلث (urethral triangle)۔ ممبرز اور صفحہ کے درمیان کی جلد

پتلی ہوتی ہے، اور اگر اس کے نیچے خون کی کوئی وجہ بدری واقع ہو جائے تو وہ بہت آسانی سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ سطحی ردا و حصوں پر منقسم ہوتی ہے جن میں سے زیادہ اوپری غیر اہم ہے اور اس میں زیر جلدی شحم کی وہی تھوڑی سی مقدار پائی جاتی ہے جو اس حصہ میں موجود ہوتی ہے۔

گہری تہ عججانی ردا (perineal fascia) کالس کی ردا (fascia)

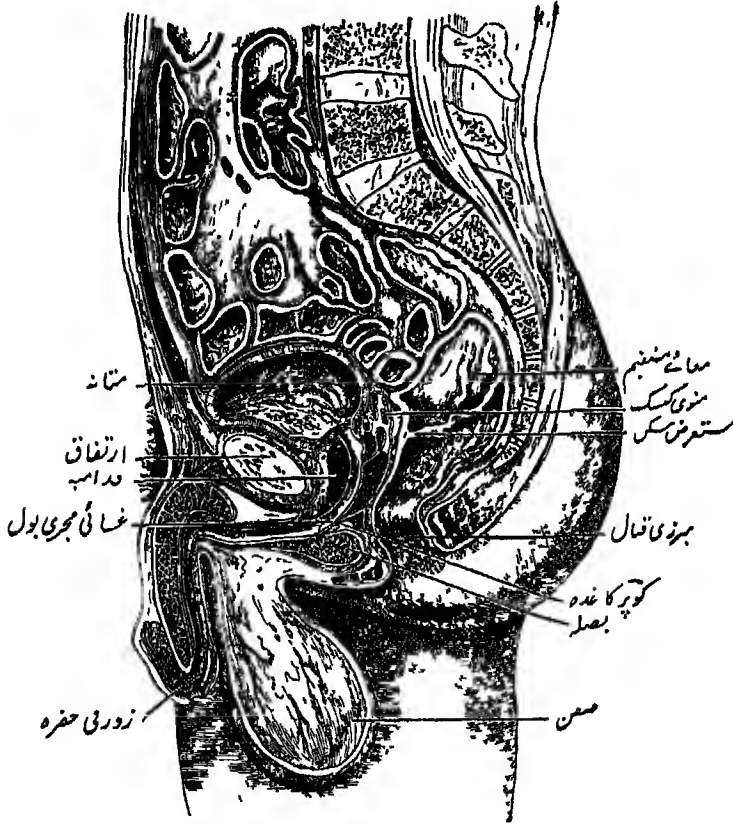
of Colles کے نام سے مشہور ہے ہر ایک طرف مائین اور عظم در کی کے فروع سے اور پیچھے کی طرف مثلث رباط کے قاعدہ سے پسیدہ ہوتی ہے۔ سامنے کی طرف یہ صفحہ کے

سلخی طبقہ مسلسل ہوتی ہے۔ لہذا اس ردا کے مثلثی رباط کے ساتھ ملنے سے ایک صفائی فضا بن جاتی ہے جو بخوبی منفرد ہوتی ہے، اور جس میں بصل (bulb) اور سفنجی (کھمکی) مجری بول کا وہ تمام حصہ جو مثلث رباط اور سفنج کی چسپیدگی کے درمیان ہوتا ہے، اور نیز قبضی عضلات اور مستعرض عجمانی عضلات اور عروق اور اعصاب اور عجمانی عروق اور اعصاب واقع ہوتے ہیں۔ جب مجری بول کے مذکورہ بالا حصہ کے انشقاق سے پیشاب کی وجہ پداری واقع ہوتی ہے تو باہر نکلنے والے سیال کے رخ کا انحصار اس پاکٹ ناردا کی چسپیدگیوں پر ہوتا ہے۔ یہ پاکٹ پیشاب سے پر ہو جاتی ہے اور پیشاب اور کی مستقیم حفرہ میں ردائے مذکور کے مثلث رباط کے ساتھ چسپیدہ ہونے کی وجہ سے نہیں جاسکتا۔ اس غشا کی جانبی چسپیدگیاں پیشاب کو رانوں کی طرف نہیں جانے دیتیں۔ اس لئے یہ صفن کی طرف چلا جاتا ہے اور یہاں سلخی طبقہ کے نیچے پایا جاتا ہے۔ یہ صفنی بافتوں کو متحد کر دیتا ہے اور پھر اس رخنہ میں سے جو ارتفاق عانہ اور عانی شوک کے درمیان جانا ہے یہ اوپر کی طرف شکم پر جڑ جاتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ عجمانی ردا اور سلخی طبقہ اور شکم کی سطحی ردا کی گہری تہ سب مسلسل ہوتے ہیں اور ایک ہی ساخت کے مختلف حصوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ جب اس صفائی فضا کے اندر پیپ یا خون ہوتا ہے تو یہ بھی ہی راستہ اختیار کرتا ہے بشرطیکہ انصباب کافی وسیع ہو اس قسم کے انصباب سے جو درد پیدا ہوتا ہے اس کی وجہ یہ معلوم ہونے سے سمجھ میں آ جائیگی کہ اس خط کے تین بڑے بڑے حسی اعصاب [دو وسطی عجمانی جو حیمانی (pudic) سے آتے ہیں اور موخر فخذی جلدی کی ایک عجمانی شاخ] اس فضا میں واقع ہوتے ہیں (شکل ۱۱۲)۔

**مثلث رباط (triangular ligament) کی گہرائی خط وسطی میں تقریباً** پانچ ہوتی ہے، اور یہ دو تہوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے موخر تہی ہوتی ہے اور واضح الحدود نہیں ہوتی۔ اور یہ اس خلاف سے بنتی ہے جو رافع مبرز کے عانی ریشوں کی زیریں سطح پر ہوتا ہے۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) عاصرو (مضیق) مجری بول سے گھرا ہوتا ہے، اور یہ ان دو تہوں کے درمیان ہوتا ہے اور ارتفاق عانہ سے تقریباً اچھ نیچے سے اور عجمان کے مرکزی نقطہ سے پانچ اوپر سے گزرتا ہے (شکل ۱۱۲)۔ بصل کی شریان دونوں تہوں کے درمیان سے اس رباط کے قاعدہ کے پانچ اوپر سے اور مبرز کے سامنے سے اس سے پانچ کے

فاصلہ پر اندر کی طرف کو گذرتی ہے۔ حیائی (pudic) شریان کا انتہائی حصہ اس رباط کی مقدمہ کو ارتفاق سے ۱/۲ انچ نیچے منقبت کرتا ہے۔ قضیب کی ظہری ورید حوض میں زیر عانی رباط اور اس

513



نفسک ۱۱۶۔ مردانہ حوض کی انتہائی مقدمہ موضع تراش۔

(برائن . Braune.)

مثلث رباط کے راسی حصہ (مستعرض حصہ) کے درمیان سے داخل ہوتی ہے۔ اس کا ظہری عصب

اس ورید کے ساتھ ہی ہوتا ہے (المیٹ سمتھ: Elliot Smith)۔ غشائی مجری بول (membranous urethra) کے غیر پیچیدہ واقعات میں پیشاب کی وجہ بدری اس رباط کی تھوں کے درمیان کی فضا تک ہی محدود رہتی ہے تا وقتیکہ بعد میں واقع ہو نبوالا نفعی اپنے نکلنے کے لئے کوئی راستہ نہ پالے۔ اگر یہ وجہ بدری مثلث رباط کے پیچھے واقع ہوا اور غدہ قدامیسہ (prostate) کا کیسہ مشتق ہو تو انصبا ب پس مانی فضا میں جمع ہو سکتا ہے (ڈینسلی: Deanesley)۔ یا یہ معائنے مستقیم کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو جا کر حوص کی خلوی بافت میں چلا جاتا ہے۔

مثلث رباط کی عینی یا حوصی جانب پر غدہ قدامیسہ (prostate) واقع ہوتا ہے جو اپنے کیسہ اور قدامی وریدی ضفہ سے گھرا ہوتا ہے (شکل ۱۰۶ و ۱۱۲)۔ سطح سے لے کر غدہ قدامیہ تک تقطیع کرنے میں جیسا کہ کننگھم (Cunnigham) نے اچھی طرح سے بیان کیا ہے ردائی اور عضلی بافتوں کے متبادل طبقات ملتے ہیں جن سے کل سات تہیں بنتی ہیں اور وہ یہ ہیں: (۱) سطحی ردا - (۲) سطحی عجائی عضلات - (۳) مثلث رباط (مقدم تہ) - ماصری ہائی عضلہ (sphincter urethrae muscle) (۵) مثلث رباط (موضرتہ) - (۶) عضلہ رافع مبرزہ - (۷) غدہ قدامیہ کا غلاف۔

**سنگ مثانہ** - سنگھائے مثانہ جو پہلے عجائی سنگگاف سے دور کئے جاتے تھے اب عام طور پر حصات براری (litholapaxy) کے علیہ کے ذریعہ سے مجری بول میں سے توڑ کر اور دھو کر نکال لئے جاتے ہیں۔ یہ علیہ چھوٹے لڑکوں میں بھی آسانی سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر حصیات اتنے بڑے ہوں کہ توڑے نہ جاسکتے ہوں تو فوق مانی (suprahubic) علیہ سرانجام دیا جاتا ہے تاکہ ان کے نکالنے کے لئے کافی جگہ ملے۔

سنگھائے مثانہ کے نکالنے کے لئے جو عملیہ جات بچوں پر کئے جاتے ہیں ان میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ بچوں میں بالوں کے مقابلہ میں حوص نسبتاً زیادہ تنگ ہوتا ہے۔ مثانہ حوصی عضو ہونے کی نسبت زیادہ نرمشکی عضو ہوتا ہے، اور اس لئے مثانہ کی گردن اونچی واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں یہ حشا بہت حرکت پذیر ہوتا ہے اور اس کی چسپیدگی بالوں کے مثانہ کی نسبت



زیادہ محکم نہیں ہوتی۔ بچوں میں غدہ قد امیسہ کم نمویافتہ ہوتا ہے، اور اس لئے مشانہ کی اصلی گردن کا زیادہ حصہ معرا ہوتا ہے۔ مزید برآں باریطون مشانہ کی موضوعی سطح پر بچوں میں بالنوں کی نسبت زیادہ نیچے اتر جاتا ہے (دیکھو صفحہ 523)۔

### عجانی حصات شنگافی (perineal lithotomy) اور دوسرے

عملیات میں اس راستہ سے مشانہ کی گردن تک پہنچنے کے لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مشانہ سطح جسم سے  $\frac{1}{4}$  تا  $\frac{3}{4}$  انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے جبکہ جسم شنگافی (lithotomy) کی وضع میں ہو۔ اگر مشانہ خالی اور معائے مستقیم پُر ہو تو غدہ قد امیسہ (prostate) اور مثلث (trigone) اور باریطون کا انعکاس سب کے سب اوپر کی اور آگے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ اور اگر مشانہ پُر اور معائے مستقیم خالی ہو تو یہ حرکت سمت مقابل میں ہوتی ہے۔ تحسیم اشخاص میں مشانہ اور باریطون عجبان سے دور ہٹ جاتے ہیں اور لاغر اشخاص میں اس کے برعکس ہوتا ہے۔

### فوق عانی حصات شنگافی (suprapubic lithotomy)۔ اس

علیہ نے عجانی عملیات کی جگہ لے لی ہے۔ مشانہ کی چوٹی کو اچھی طرح سے ارتفاع کے اوپر لانے کے لئے مشانہ اور معائے مستقیم دونوں قسع کئے جاسکتے ہیں۔ قبل الذکر حشا میں شہیر گرم پانی یا محلول بورک (boric lotion) کا اشراب کیا جاتا ہے۔ یہ معلوم کر لیا گیا ہے کہ بالغ میں مطلوبہ تمدد یقینی طور پر حاصل کرنے کے لئے ۸ تا ۱۰ انس سیال کافی ہوتا ہے۔ ۵ سال کی عمر کے لڑکے میں مشانہ میں ۳ انس پانی کا اشراب کرنے سے باریطون کا انعکاس ارتفاع سے ۱ انچ سے زائد اوپر چڑھ گیا تھا۔ تقریباً ۳ انچ لمبا شنگاف خط وسطی میں ارتفاع کے مین اوپر دیا جاتا ہے۔ اور مشانہ باریطون کے نیچے معرا کر لیا جاتا ہے، اور ایک ٹک کے ذریعہ سے نیچے کیسج کر کھول دیا جاتا ہے۔

515

**مشانہ**۔ دوران تبول میں مشانہ کے عضلی طبقات منقبض ہو جاتے ہیں حتیٰ کہ غصو

ایک مخروط نما جسم نہ جاتا ہے جو مضبوطی منقبض ہوتا ہے، اور اس فعل کے اختتام پر اس کی

استری غشا میں شکن پڑ جاتے ہیں، اور اس کا درونہ بالکل غائب ہو جاتا ہے۔ تمام حصوں میں انقباض واقع ہوتا ہے مثلث میں بھی اور گنبد میں بھی۔ جب یہ فعل ختم ہو جاتا ہے تو مثانہ ڈیھلا پڑ جاتا ہے اور اس کا خاکہ مثلث نما ہو جاتا ہے اور یہ حوض کے فرش کے مقدم نصف یعنی ڈایا فرام پر چپٹا پڑا ہوتا ہے، اور اس کا راسی حصہ ارتفاق کی موخر جانب کے بالمقابل ایسے ساتھ ملا ہوتا ہے اس کے بعد یہ بھرنے شروع ہوتا ہے۔ بہت چھوٹے چھوٹے وٹھوں کے بعد صحر کی دودی لہروں کے ذریعہ سے جو آہستہ آہستہ نیچے کی طرف کو بڑھتی رہتی ہیں پیشاب کے چھوٹے چھوٹے فوارے جالبینی سوراخوں میں سے جو مثلث کے جانبی زواہوں پر واقع ہوتے ہیں بہتے رہتے ہیں۔ جالبین مثانہ کو بھرنے کے لئے آبی پیپوں کا کام دیتے ہیں۔ جالبینی سوراخ مصرعہ دار ہوتے ہیں، اور ان پر جو مثانی عضلی نظام موجود ہوتا ہے وہ اس طرح فعل کرتا ہے کہ اس کا اثر عاصرانہ ہوتا ہے، اور اس طرح پیشاب الٹے رخ میں نہیں جاسکتا۔ جب مثانہ پُر ہو جاتا ہے تو اس کے عضلی طبقات میں ایک متفعلی انقباض یا تنش پیدا ہو جاتی ہے۔ جیسا کہ تمام غیر اختیاری عضلات میں ہوتا ہے مثانہ کی تنش متوازن ہوتی ہے یعنی اس میں باقاعدگی سے زیادتی اور کمی واقع ہوتی رہتی ہے۔ عضلی طبقات معکوس طور پر ڈھیلا پڑ جاتے ہیں اور بڑھتے ہوئے شمولات کے ساتھ موافقت پیدا کر لیتے ہیں حتیٰ کہ ایک خاص وقت آ جاتا ہے۔ اور یہ وقت وہ ہوتا ہے جبکہ ٹری اور بے آرامی محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب کے اخراج کو (۱) مثانی عاصِر (vesical sphincter) اندرونی عاصِر کا جو مثانہ کی عنق اور مجری بول کے ابتدائی حصہ کو گھیرے ہوتا ہے غیر اختیاری یا معکوس فعل (شکل ۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹) اور (۲) اختیاری مبالغی عاصِر (urethral sphincter) جو مثلث رباط کی تھوں کے درمیان ہوتا ہے روکے رکھتا ہے (شکل ۱۱۷-۱۱۸-۱۱۹)۔ نبول کے فعل کی ابتداء مثانہ کے ارادی ضغط سے (پوشکی اور حوضی عضلی نظام سے عمل میں آتا ہے) ہوتی ہے جو مثانی عاصِر پر غلبہ حاصل کرنے اور مجری بول کے بالائی حصہ میں پیشاب کو دھکیل دینے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ جب پیشاب مجری بول کے اندر ہوتا ہے تو یہ عاصرات میں ایک معکوس اقتناع (inhibition) پیدا کر دیتا ہے اور ساتھ ہی دافع مثانی عضلی نظام کے انقباض میں مہمان پیدا کر دیتا ہے۔ اس طرح دوران حیات میں مثانہ کی شکل اور اس کے تعلقات ہمیشہ بدلتے رہتے ہیں۔

جب مشرانہ کو کسی غیر شفاف مایوں سے متوسط درجہ تک متمدد کر لیا جاتا ہے اور لاشعاعوں سے اس کا امتحان کیا جاتا ہے تو اس کی شکل مخروطی دکھائی دیتی ہے۔ اور اس کا راس ارتفاق کچے پیچھے ہوتا ہے اور اس کا قاعدہ یا اس کی بالائی سطح شکمی احتشاء کے دباؤ کی وجہ سے من معلوم ہوتی ہے (شکل ۱۱۲ صفحہ ۴۹۰)۔ جوں جوں مشرانہ کا تمدد بڑھتا جاتا ہے اس کی چوٹی شکم کی مقدم دیوار سے ملتی جاتی ہے۔ نیز اس کی موخر سطح مقدم سطح کی نسبت زیادہ محدب ہو جاتی ہے۔ مقدم جدول پر متمدد مشرانہ کی چوٹی کے دباؤ ڈالنے کا یہ رجحان اس عضو کا عین کے اوپر ہزل کرنے اور نیز فوق عانی حصات شنگافی (suprapubic lithotomy) میں بہت مفید ثابت ہوتا ہے۔ جب یہ بہت متمدد ہوتا ہے تو بعض اوقات ناف تک پہنچ جاتا ہے، اور کبھی کبھی ڈایا فرام سے بھی چھوٹنے لگتا ہے۔ اس عضو کی معمولی گنجائش تقریباً ایک پائنٹ (pint) ہے، لیکن جب یہ بالکل پُر ہوتا ہے تو اس میں سے چند کوارٹ (quarts) بھی نکل سکتے ہیں۔ جب مشرانہ اور معاشے متقیم دونوں خالی ہوتے ہیں تو مشرانہ کا راس اور باریٹون کا گرد مشافی النکاس ارتفاق عانہ کے بالائی حاشیہ سے ذرا نیچے ہوتا ہے۔ جب مشرانہ عانین سے اوپر چڑھتا ہے تو یہ حد درستی سے معالی غشا کو علیحدہ کر دیتا ہے اور جوتہ اس طرح اوپر اٹھ جاتی ہے اس سے مشرانہ کی مقدم سطح کے بالائی حصہ اور جدول کے درمیان ایک نہ انبان یا باریٹون کا ایک شکن بن جاتا ہے۔ جب مشرانہ کا راس عانین سے ۲ انچ اوپر ہوتا ہے تو باریٹون کا النکاس انہی ہڈیوں سے ۳ انچ سے زیادہ اوپر نہیں ہوتا۔ جب مشرانہ کا راس ناف اور عانین کے وسط میں ہوتا ہے تو خط وسطی پر ارتفاق سے عین اوپر ۲ انچ (انتصابی رخ میں) مقدم شکمی دیوار باریٹونی استر سے معرا ہوتی ہے۔ چنانچہ متمدد مشرانہ کا ہزل عانین کے اوپر سے باریٹون کو زخمی کئے بغیر کیا جاسکتا ہے، مگر ہمیشہ ایسا نہیں کیا جاسکتا (آر۔ تھامپسن : R. Thompson)۔ جب مشرانہ متمدد ہو جاتا ہے تو یہ نہ صرف اوپر اٹھ کر شکم ہی میں چلا جاتا ہے بلکہ یہ عجان کی طرف بھی پھیل جاتا ہے اور قدانی اور غشائی مجری بول کے طول کو کم کر دیتا ہے۔ مشرانہ کی مقدم سطح اور ارتفاق کے درمیان اور اوپر کی طرف سے باریٹون سے بند پس عانی (retropubic) یا پیش مشافی (prevesical) فضا ہوتی ہے جس میں ڈیسیلی ڈھالی اتصالی بافت موجود ہوتی ہے (شکل ۱۱۳)۔ جب مشرانہ پُر ہو جاتا ہے تو اسی بافت کے ڈیسیلی پن کی وجہ سے بآسانی اوپر چڑھ جاتا ہے۔ خوش اور مشرانہ کے سامنے کے حصوں کے ضربات میں اس بافت کی

ایک فستر التباب پیدا ہو سکتا ہے۔ اور اس کی وسعت بعض اوقات خطہ ناک حدود ناک پہنچ جاتی ہے۔ عجان تک پس باریلیون خراج کی توسیع ان ردائی انکاسات سے محدود رہتی ہے جو عانی قدامی اور جانی مثنیٰ رباطات سے بنتے ہیں۔

مثنیٰ اگرچہ ایک کافی حد تک مثبت ہوتا ہے مگر یہ اربی اور فندی اور مہلی فتوق میں بھی کم نہیں پایا جاتا۔ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں اس کی گردن (مردیں) اس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو آگے سے پیچھے کی طرف کو ارتفاع کے وسط حصہ کے ذریعے سے کھینچا جائے۔ اور یہ اس مفصل سے تقریباً ۱/۲ انچ (۳ سنٹی میٹر) پیچھے ہوتی ہے لیکن اس کی وضع مثنیٰ کی پڑی اور مستقیم کی حالت کے لحاظ سے بدلتی رہتی ہے۔

باریلیون سے مثنیٰ کے تعلقات۔ عانی سطح باریلیون سے مکمل طور پر معز ہوتی ہے، اور فوقانی سطح اس غشاء سے تنہا پوشیدہ ہوتی ہے۔ اطراف پر منطس زیر معدی (obliterated hypogastric) شریانون کے سامنے کی طرف یا ان کے نیچے باریلیون نہیں ہوتا۔ مثنیٰ کی موخر جانب پر مہلی غنائیچے کی طرف اس مستقیم خط تذب جلی جاتی ہے جو دونوں منوی کیسکول (seminal vesicles) کے بالائی حصہ کو ملتا ہے، اس لئے ان کیسکول کے بالائی سرے باریلیون سے ڈٹکے ہوتے ہیں۔ باریلیون کی مستقیم مثنیٰ جیب کا پھیلاؤ مبرز سے تین انچ سے کم فاصلہ تک چلا آتا ہے۔ اور یہ اس خط سے نیچے نہیں اترتی جو غده قدامیہ سے قاعدہ سے ۱/۲ انچ اوپر کھینچا جائے۔ ہارن کریپس (Harrison Cripps) نے مبرز اور اس جیب کا درمیانی فاصلہ مثنیٰ اور معائنہ مستقیم دونوں کے خالی ہونے کی حالت میں ۱/۲ انچ، اور ان دونوں احتواء کے متعدد ہونے کی حالت میں ۱/۳ انچ بیان کیا ہے۔ (دیکھو بچوں کا مثنیٰ صفحہ ۵۲۲)۔

مثنیٰ کا کچھ کا براستہ معائنہ مستقیم۔ مثنیٰ کا قاعدہ معائنہ مستقیم کے زیرین حصہ سے ملتا ہوتا ہے مگر یہ دونوں احتواء ایک باریک لینی قابل (مستقیم مثنیٰ) کے ذریعہ سے ملتا ہوتا ہے۔ معائنہ مستقیم سے مثنیٰ کا جو رقبہ ملتا ہوتا ہے وہ مثلث شکل کا ہوتا ہے۔ اس کا قاعدہ غده قدامیہ سے بنتا ہے، اور اس کے اطراف منفرج منوی کیسکول (seminal vesicles) سے

ہفتے ہیں، اور قاعدہ باریطون کے مستقیم مثنائی ٹکن سے بنا ہوتا ہے۔ ٹیلٹ مساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور قاعدہ شدہ نمونہ میں اس کی تمام طرفیں تقریباً ۱۲ انچ لمبی ہوتی ہیں۔ یہ اس ٹیلٹ (trigone) کی منظر ہوتی ہے جو اس حشا کے اندر پائی جاتی ہے۔ جب یہ عملیہ براستہ معائنہ مستقیم سرانجام دیا جاتا ہے تو اسی ٹیلٹ میں سے اور جہاں ٹکن ٹکن ہو سکے غدہ قدامیہ کے قریب سے مثنائے کا بزل کیا جاتا ہے۔ جب یہ عضو متہدد ہو جاتا ہے تو باریطون کا مستقیم مثنائی ٹکن اوپر اٹھ جاتا ہے اور مبرز سے اور بھی دور چلا جاتا ہے۔

### مثنائے کا انشقاق (rupture of the bladder)۔ مثنائے شکم کی مقدمہ

کو چوٹ لگنے سے حوض میں سر واقع ہونے یا چوٹ کی خارجی علامت نمودار ہونے کے بغیر بھی انشقاق ہو جاتا ہے۔ مگر اس قسم کے انشقاق کا خالی مثنائے میں واقع ہونا مشکل ہے۔ حادثہ کے وقت پر اس کا متہدد ہونا یا پھر ہونا ضروری ہے۔ مثنائے کی مقدمہ سطح پر انشقاق بہت ہی کم واقع ہوتا ہو۔ دریدگی قاعدہ فوقانی یا شکم کی سطح میں نمودار ہوتی ہے اور باریطون بھی متاثر ہو جاتا ہے۔ یہ چوٹ اس لئے بہت ہی مہلک ثابت ہوتی ہے (۸۷) واقعات میں سے ۷ کو شفا ہوئی (مثنائی انشقاق کی بعض حالتوں میں جراح نے شکم کو کھول کر اس حشا کی دریدگی کو مکمل کامیابی سے ٹانگے لگائے ہیں۔ مثنائے حوض کے کسوریں ہڈی کے ٹکڑوں سے یا معائنہ مستقیم یا ہسپل کے راستہ سے چوٹ لگنے سے شق ہو سکتا ہے۔ یہ حشا اجتماع بول سے بھی شق ہو سکتا ہے جیسا کہ بعض خیر غار بچوں میں مجری بول کے غلطی طور پر بند ہونے کی حالت میں دیکھنے میں آتا ہے۔ رائل کالج آف سرجنز (Royal College of Surgeons) کے عجائب خانہ میں "ایک عورت کے مثنائے کی تجہیز جو اعتبار بول کی طرف توجہ نہ کرنے سے مالب کے مدخل کے قریب سے پھٹ گیا تھا" مردوں میں تضیق کے غیر ملتفت واقعات میں مثنائے کی جگہ مجری بول پھٹتا ہے، اور پیشاب کی وعابدی عجان میں ہو جاتی ہے۔ مثنائے کا چھوٹا سا کچھ کا مثلاً وہ جو باریک مبرز سے بنتا ہے اس کی عضلی دیواروں کے انقباض سے فوراً بند ہو جاتا ہے۔

519

مثنائے کی غشائے مخاطی بہت ڈھیلی ہوتی ہے، تاکہ یہ اس کی جہالت کے مختلف

تغییرات سے موافقت پیدا کر سکے، مگر مثلث (trigone) کے اوپر یہ مضبوطی سے منضم ہوتی ہے۔ اور اگر ایسا نہ ہوتا تو ڈیسیل غشائے مخاطی دوران بول میں مہالی سوراخ میں ہمیشہ اس طرح مسکوبہ ہو جاتی کہ مٹانہ کی گردن مسدود ہو جاتی۔ جب مٹانہ کی غشائے مخاطی کا استھان مٹانہ بین (cystoscope) سے کیا جاتا ہے تو یہ مٹانہ کے خالی ہونے کی حالت میں سرخ اور متلی اور اس کے پر ہونے کی حالت میں خفیف سی زرد اور عذیم الدم دکھائی دیتی ہے (نیومن: Newman)۔ مثلث (trigone) تین سوراخوں سے محدود ہوتی ہے جو مجری بول اور حالبین کے لئے ہوتے ہیں، اور یہ تساوی الاضلاع ہوتی ہے۔ اور اس کی تمام طرفیں پانچ لمبی ہوتی ہیں البتہ مٹانہ (cystitis) کے اثرات یہیں نہایت نمایاں ہوتے ہیں اور اس مثلث کے اوپر کی غشائے مخاطی کی سختی سے اُن شدید علامات کی کسی حد تک توجیہ ہوتی ہے جو اس ساخت کے حاد التهاب سے پیدا ہوتے ہیں۔ چونکہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں مجری بول کا سوراخ مٹانہ کا سب سے نیچا حصہ ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ حصات مثلث کی طرف آ جاتے ہیں، اور اندر مٹانہ کے اس حصہ میں ان کے خراش پیدا کرنے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ اس خاں میں جو اجسام غریبہ موجود ہوتے ہیں ان پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ مثلث اور گردن پر کی غشائے مخاطی بہت حساس ہوتی ہے، مگر مٹانہ کے بقیہ حصہ کے بطون کی معمولی حس خاص طور پر ناقص ہوتی ہے۔ ساؤنڈ (sound) اور قاسطیر گزارنے وقت یہ امر بخوبی معلوم کیا جاسکتا ہے۔

520

مٹانہ کے اعصاب زیر معدی (hypogastric) ضغیرہ کے کچھ حصہ سے آتے ہیں زیر معدی ضغیرہ اعصاب کے دو مختلف گروہوں سے بنتا ہے۔ اوپر کا گروہ بالائی قطنی شوکی جڑوں سے شروع ہوتا ہے اور مشارکی کے راستہ سے تحتانی ماساریٹنی عقدوں تک چلا آتا ہے یہاں سے زیر معدی اعصاب پیدا ہوتے ہیں، اور مشترک حرقشی شریانوں کے سامنے سے گذر کر زیر معدی ضغیرہ تک چلے جاتے ہیں۔ نیچے کا گروہ نیچے کی دو مجری شوکی جڑوں کی شاخوں سے پیدا ہوتا ہے۔ یہ شاخیں دونوں طرف مکر حوضی (pelvic) عصب بناتی ہیں۔ اور حوضی عصب تقریباً وہیں شاخوں میں تقسیم ہو جاتا ہے جو زیر معدی ضغیرہ کو چلی جاتی ہیں۔ اگرچہ بالائی گروہ کے اطرائی سروں (قطنی جڑوں اور زیر معدی اعصاب) کا ہیجان مٹانہ اور اس کے دہنہ پر اثرات پیدا کرتا ہے لیکن ان کے اشتیصال کے بعد بول کا عمل طبعی طور پر سر انجام پاسکتا ہے۔ لہذا جراحی کا تعلق

سرف نیچے کے گردہ ہی سے ہے۔ اعصاب کے قفسی گروہ سے اوپر یا نیچے حوضی اعصاب یا دونوں طرف کی سحج، قفسی جڑوں کے کٹنے، یا جبل شوکی کی مکمل مستعرض تراش سے ہمیشہ احتباس بول معصہ پیش ہواؤ کے پیدا ہو جاتا ہے۔ حوضی اعصاب کے کٹنے اور جبل شوکی کی عبوری تراش سے پیشاب بعض اوقات کچھ عرصہ کے بعد وقفوں پر آنے لگتا ہے، لیکن بقیہ پیشاب کی ہمیشہ بہت سی مقدار موجود رہتی ہے۔ حوضی اعصاب کو بعض اوقات دوران وضع حل میں ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اس حالت میں مذکورہ عدم استطاعت صرف ماریشی ہوتی ہے۔ بعض حوضی علیہ جات اور خاص کر حالت تنقیص کے اس میں حالانیکہ رزبانی اعصاب بعض اوقات کٹ جاتے ہیں اور اس کے اثرات مستقل باقی رہتے ہیں۔

مثانہ کے عضلی طبقہ میں ریشے بندلوں کی شکل میں مجتمع ہوتے ہیں جو تمام سمتوں میں کھینچے ہوتے ہیں۔ جب یہ خستہ پیش پروردہ ہو جاتا ہے تو یہ بندل بہت نمایاں ہو جاتے ہیں، اور ان سے وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو مثانہ مجروح (fasciculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ اس کا مالمب سرف یہ ہے کہ مثانہ کے عضلہ پر کسی ایسی رکاوٹ کو رفع کرنے کے لئے جو پیشاب کے راستہ میں مائل ہو یا بار بار پڑتا ہے، اور اس کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے جیسا کہ ان دوسرے عضلہ ستی میں بھی ہوتا ہے جن پر زیادہ بار پڑتا ہے، اور اس زیادتی سے انفسرادی بندلوں کی ترتیب نمایاں ہو جاتی ہے۔ نمد سے غنائے مخاطی کڑے عضلی ریشوں کے درمیان سے ابھرتی ہے، اور اس طرح تاجک بن جاتے ہیں اور وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو تاجک دار مثانہ (sacculated bladder) کے نام سے مشہور ہے۔ بعض حالتوں میں جدوجہد خاص کر ایک حصہ جواب دے دیتے ہیں، اور ایک بڑا سا تاجک بن جاتا ہے۔ اس طرح ایک ایسا تاجک پیدا ہو سکتا ہے جو کچھ عرصہ کے بعد بعض اوقات تقریباً مثانہ کے برابر ہی بڑا ہو جاتا ہے، اور اس سے مثانہ معصا (double bladder) وغیرہ کی منالطہ انگیز حالت پیدا ہو جاتی ہے۔

521

حالبین اس خستہ کی عضلی دیوار میں تقریباً ۱۲ انچ تک چلے جاتے ہیں، اور ان کا ترجمہ امرا و رقبہ و جوار کے مثانی عضلی نظام کا فعل مثانہ سے پیشاب کی بازروی کو روکے رکھتا ہے۔

حالب کے اختتام کو کوئی دائری عضلہ ریشہ نہیں ہوتے۔ اور اس سوراخ کی حفاظت کر نیکی لئے عضلہ باصرہ کی طرح کی کوئی شے نہیں ہوتی (ٹی۔ ایچ۔ سی بیٹنٹس: T. H. C. Benians)۔

شانہ بین کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ دکھائی دیتا ہے کہ ہر ایک حالب ایک منٹ میں ایک یا دو دفعہ منقبض ہوتا ہے، اور پشاب کی ایک چھوٹی سی دھار شانہ میں داخل ہو جاتی ہے۔ ان دھاروں کے داخل ہونے کے درمیانی عرصہ میں حالبینی سوراخ دروں مثانی دباؤ سے بند رہتے ہیں۔ اگر حالب چھوٹا ہو جائے جیسا کہ یہ اس حالت میں ہو جاتا ہے جب کہ بیتدرنی تفریح کا محل ہو تو حالب کا مثانی سوراخ باہر کی طرف کو کھج جاتا ہے۔ اس کی خشتائے مخاطی ڈھیلی چسپید ہوتی ہے، اور یہ پانچ دراجسم کی شکل میں بعض اوقات شانہ میں مستوط ہو جاتی ہے۔ احتباس کی حالت میں حالبین قمع ہو جاتے ہیں، لیکن یہ اتساع شانہ سے پشاب کی بازروی واقع ہونے کی بجائے زیادہ تر ان میں پشاب کے جمع ہونے سے ہوتا ہے۔ عضلہ کا ایک ایک بند حالب کے خلاف سے لیکر مثلث کی ہر ایک طرف کے ساتھ ساتھ مجری بول کے اندرونی بولی منفذ کی طرف جاتا ہے (عضلہ بیل: Bell's muscle)۔ اور ایک اور بند (سلاخ مرسیہ: Mercier's bar) قاعدہ پر سے حالبینی دھنوں کو لاتا ہے۔ یہ بند حالبینی دھنوں کو ان کی وضع پر قائم رکھتے ہیں جب کہ شانہ پُر ہوتا ہے، اور مصراعی میکانسم کی محافظت کرتے ہیں (ڈرائٹ: Wright) اور بیٹنٹس (Benians)۔ سر ائیں شانہ سے لیکر حالب تک اور حالب سے لیکر گردہ کے حوض تک باسانی پھیل جاتی ہیں۔ اور حالب کا مصراعی سوراخ ان کے لئے کوئی رکاوٹ پیش نہیں کرتا۔

522

زمانہ مثانہ کی گردن مردانہ شانہ کی نسبت ارتفاع سے ذرا زیادہ نزدیک واقع ہوتی ہے، اور یہ اُس افقی خط پر واقع ہوتی ہے جو ارتفاع کے نیچے کے کنارہ سے پیچھے کی طرف کو کیسٹنچا جائے۔ غدہ قدامیہ کی عدم موجودگی کی وجہ سے شانہ کی گردن بہت تمدد پذیر ہوتی ہے اور جب اس امر پر مجری بول کے قطر اور اس کی اتساع پذیری کے ساتھ غور کیا جاتا ہے تو اس سے یہ معلوم ہو جاتا ہے کہ اسی وجہ سے اکثر حصیات کاٹنے کے بغیر ہی چپٹی سے نکالے جاسکتے ہیں۔ صرف اتساع ہی سے پانچ قطر کے پتھر نکالے جاسکتے ہیں۔ قمع مجری بول میں سے حالبین کے سوراخ دیکھے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔ شانہ اور بیل کے قریبی تعلق کی وجہ سے قبل الذکر کا امتحان موصوفہ الذکر راستہ سے کیا جاسکتا ہے، اور ان کی فارق دیوار کا مفت بلٹ



باریک ہونا مثانی مہلی ناسور کی کثرت و قعر کی توجہ کرنا ہے۔  
حالب کا سورخ عنق الرحم سے منہ منی دیر کے اور مجری بول کے مثانی فتح سے منہ منی میڈ کے فاصلہ پر ہوتا ہے۔ حالب کا جو قریبی نعلق عنق الرحم سے ہوتا ہے اس کی وجہ سے اس کے فوق مہلی بڑھیں اور رحم پر کے بعض عملیات میں اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

**بچہ میں مثانہ بیضوی شکل کا ہوتا ہے، اور اس کا انقباضی محور بالغ کے مثانہ سے**

نسبتاً بہت زیادہ ہوتا ہے۔ اس بیضوی کہنے کے بڑے سرے (قاعدہ یا قعر) کا رخ نیچے کی اور پیچھے کی طرف کو ہوتا ہے۔ قاعدہ تقریباً چوتھے سال میں نمودار ہوتا ہے، اور جنسی عمل اختیار کرتا ہے (Birmingham)۔ چونکہ حوض چھوٹا اور بہت اٹھلا ہوتا ہے اس لئے اس حشا کا زیادہ حصہ شکم ہی میں واقع ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کے مثانہ کا حصات معائنے میں انگلی ڈال کر اور ایک ہاتھ شکم کی مقدم دیوار پر رکھ کر دوسری امتحان کرنے سے اکثر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ بوقت پیدائش مجری بول کا سورخ ارتفاق کی اوپر کی کور کے لیول پر ہوتا ہے۔ اگرچہ مثانہ شکم میں اس آراوی سے نیچے لگ کر رہتا ہے لیکن باوجود اس کے اس کی عانی دیوار باریطون سے تمامہ معر ہوتی ہے۔ موصوف دیوار پر مصلی غشا بالغوں کی نسبت زیادہ نیچے تنگ چلی جاتی ہے، اور بوقت پیدائش یہ مہالی سورخ تنک اور کم عمر لڑکوں میں غده قدامیہ کے لیول تک پہنچتی ہے۔ بچوں میں غده قدامیہ نہایت ہی چھوٹا ہوتا ہے۔ تھامپسن (Thompson) بیان کرتا ہے کہ ۷ سال کی عمر میں اس کا وزن ۳۰ گرام ہوتا ہے، اور ۱۲ اور ۲۰ سال کے درمیان کی عمر کے موضوعات میں اس کا وزن ۵۰ گرام ہوتا ہے۔

**غده قدامیہ (prostate)۔** غده قدامیہ ارتفاق عانہ سے تقریباً ۳ انچ

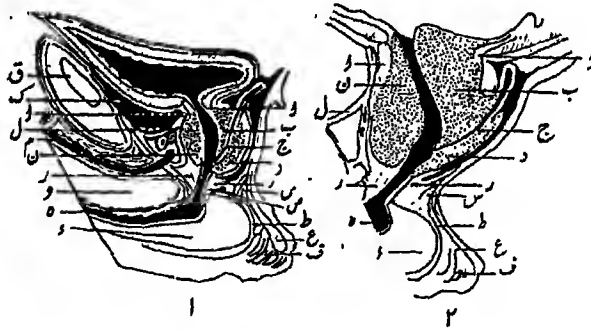
نیچے واقع ہوتا ہے، اور قتال سبز سے اوپر معائنے تقیم ممکن ہوتا ہے (شکل ۱۱۶)۔ لہذا سبز سے یہ ۲ تا ۲ ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر ہوتا ہے، اور اس کا امتحان رودہ کی طرف سے آسانی کیا جاسکتا ہے۔ غده قدامیہ دو جانبی لتوں سے مرکب ہوتا ہے جو مجری بول کے آگے کی طرف ایک عانی ملتقہ (pubic commissure) سے (شکل ۱۱) اور اس کے پیچھے کی طرف دو اور ملتقوں سے متحد ہوتے ہیں، جن میں سے ایک (وسطی ملتقہ: median commissure) مشترک قاذف

قناتوں (common ejaculatory ducts) کے اوپر واقع ہوتا ہے اور ایک (مستقیم ملقہ، rectal commissure) ان قناتوں کے نیچے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۱-ب - ۵)۔ جس حصہ کا نام یہاں وسطی ملقہ بیان کیا گیا ہے وہ پہلے وسطی لمختہ (median lobe) کے نام سے مشہور تھا۔ یہ ایسا نام ہے جس سے مغالطہ کا احتمال ہے کیونکہ یہ علاحدہ لمختہ نہیں ہے بلکہ جیسا کہ پہلے واضح کیا جا چکا ہے دو جانبی لمختوں کا صرف مقام اتحاد ہے۔ ہر ایک غندہ کثیر التعداد شاخدار اٹیوبی غدود (tubular glands) سے بنا ہوتا ہے جو غیر منقطع عضلہ اور نسبی بافت میں مدفون ہوتے ہیں، اور انہی سے گہرے ہوتے ہیں۔ یہ غدود مجری بول ہیں۔ خاص کر قدامی جو فوں میں۔ جا کر ختم ہوتے ہیں، لیکن ان کے افراز کا استعمال معلوم نہیں۔ یہ افراز طویل اور بہت تنگ قناتوں کے ذریعہ سے باہر نکلتا ہے جو مجری بول کے قدامی حصہ میں کھلتی ہیں۔ قدامی خراش کی بعض قسموں میں پیشاب میں چھوٹے چھوٹے سفید غیر شفاف تا گہے پائے جاتے ہیں، جو روئی کے چھوٹے چھوٹے ٹکڑوں سے بہت مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ قدامی قناتوں کے حقیقی سببانک ہوتے ہیں۔

**غده قدامیہ کا کیسہ (capsule of the prostate)۔** کیلانی یافتہ

غده قدامیہ کی تدبیر علاج کی حیثیت سے جو کامیابی انقاف (enucleation) میں ہوتی ہے اسکی وجہ سے حال ہی میں اس غده کی غلافی ساختوں کے متعلق بہت کچھ بحث ہوئی ہے۔ کیسہ (capsule) کی اصطلاح اس غده کے سطحی نسبی عضلی طبقہ کے لئے تجویز کی گئی ہے، اور غلاف (sheath) کی اصطلاح اس کو طغوف کرنے والی اس نسبی ساخت کے لئے اختیار کی گئی ہے جو حوضی ردا سے شقوق ہوتی ہے۔ انقاف (enucleation) کرتے وقت غده بالعموم کیسہ کے اندر سے نکالا جاتا ہے۔ غلاف (sheath) کیسہ کے ساتھ صرف ایک مقام یعنی مقدم یا عالی سطح پر ہی مضبوطی منظم ہوتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ اس سے آزاد ہوتا ہے۔ چونکہ غده قدامیہ کا قاعدہ مثانہ کے ساتھ لگا ہوتا ہے، اور یہ غلاف سے معرا ہوتا ہے، اور باقی تمام مقامات پر یہ اس میں بند ہوتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ مثانہ کی طرف سے غلاف میں آسانی داخل ہو سکتے ہیں، اور غده کا انقاف کر سکتے ہیں (شکل ۱۱-ب)۔ غده قدامیہ کا راس مبالی عاصہ (sphincter urethrae) پر تکمّل ہوتا ہے، اور اس کی طرفیں رافع مبرز کے عانی مستقیم

(عانی عصصی) ریشوں کے ساتھ ملی ہوتی ہیں۔ اس لئے غده قدامیہ کا غلاف (sheath) ان دونوں عضلات کے ہم پہلو غلافوں سے متحد ہوتا ہے۔ وریدوں کا قدامی صغیر و جس میں مثانی ورید کی قضیب کی ٹہری ورید کی معاون اور ریلٹی شاخیں داخلی حیاتی (internal pudic) (حیاتی) اور ساد وریدیں (obturator veins) اگر ملتی ہیں اس لینی بافت میں واقع ہوتا ہے جو غده قدامیہ اور عضل رافع مبرز کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ان وریدوں کے باہر کی طرف کی بافت غلاف (sheath) تصور کی جاتی ہے، اور اندر کی طرف کی کیسہ



نشل ۱۱۱-۱۔ طبعی غده قدامیہ کی وسطی تراش۔ ۲۔ کلانی یافتہ غده قدامیہ کی وسیعی ہی تراش۔

۱۔ عاصرو مثانہ۔ ۲۔ وسطی لنتہ۔ ۳۔ ریشہ ترک قاذف قنات۔ ۴۔ مستقیم لنتہ۔ ۵۔ مہر۔ ۶۔ مہالی عاصرو۔ ۷۔ مستقیم مہالی عضل۔ ۸۔ غده کوثر۔ ۹۔ بصلہ کوثر۔ ۱۰۔ مبرز کا داخلی عاصرو۔ ۱۱۔ مبرز کا خارجی عاصرو۔ ۱۲۔ ارتفاق عانہ۔ ۱۳۔ پس عانی فضا۔ ۱۴۔ عانی قدامی رباط اور غده قدامیہ کا غلاف۔ ۱۵۔ قضیب کی ٹہری ورید۔ ۱۶۔ عانی لنتہ۔ ۱۷۔ کھنکی جسم۔ ۱۸۔ مجری لولہ۔ ۱۹۔ بصلہ۔

(capsule) سمجھی جاتی ہے۔ غده قدامیہ کا غلاف موخر یا مستقیم جانب پر مستقیم متانی فاصل (recto-vesical septum) سے بنتا ہے۔

غده قدامیہ کے عروقی لمف جن کی تعداد بہت زیادہ ہوتی ہے غده کے اس گروہ میں جا کر ملتے ہیں جو حوض کی دیوار پر خارجی اور داخلی حرقنی شریانوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔

**غده قدامیہ کا خراج بالعموم مجری بول میں پھٹتا ہے کیونکہ اس سمت میں سب سے کم مزاحمت پیش آتی ہے۔** اگر یہ مجری بول میں داخل نہ ہوگا تو یہ غالباً معائنے مستقیم میں کھلیگا، کیونکہ ان دونوں اعضا کے درمیان صرف مستقیم متانی فاصل ہی موجود ہوتا ہے۔ اس غده کے ایک سخت غشا میں یوں ملفوف ہونے سے کسی حد تک اس درد کی توجیہ ہوتی ہے جو مادہ قدامی خراجات میں محسوس ہوتا ہے۔ حاد التهاب قدامیہ (acute prostatitis) میں درد بعید آخری پسلی کی نوک پر (دسوال نہری عصب)، موخر حرقنی شوکر پر (عمیاد صواں نہری عصب)، اور نیز یاؤں کے نلوں پر (نمبر اعجری عصب) بھی منسوب ہوتا ہے۔ غده قدامیہ کی عصبی رسی نیچے کے تین نہری اور اوپر کے تین مجری قطعات سے حاصل ہوتی ہے۔ یہی وجہ ہے کہ بعید درد کی تقسیم اس قدر وسیع ہوتی ہے (Head: ہیڈ)۔

**غده قدامیہ کی پیش پرورش۔** طبعی غده قدامیہ کی اوپر پائش عریض ترین

حصہ پر ۱ انچ اور آگے سے پیچھے کو یا اس سے قاعدہ تک ۱ ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ ۳۰ سال کی عمر کے بعد اس عضو کے پیش پروردہ ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ اور سر نہری تصاپس (Sir Henry Thompson) کی رائے یہ ہے کہ جب اس غده کی پائش ایک طرف سے دوسری طرف کو ۲ انچ ہو، یا جب اس کا وزن ۱ اونس یا اس سے زائد ہو، تو یہ کہا جاسکتا ہے کہ پیش پرورش موجود ہے۔ غده قدامیہ کا معمولی وزن ۱ ۱/۲ اونس ہوتا ہے۔ اگر کلانی زیادہ تر جانی حصوں پر واقع ہوئی ہو تو یہ سمجھ لینا چاہئے کہ یہ پیش پرورش احتباس بول پیدا کرنے کے بغیر معتد بہ البعد تک پہنچ سکتی ہے۔ مثلاً اس کے وسطی ملقہ (median commissure) (تیسرے لختہ) کی نسبت کم کلانی بھی بول میں خلل انداز ہو سکتی ہے۔ جب یہ حصہ کلانی یافتہ ہو جاتا ہے تو مبالغہ سوراخ میں سے یہ متانہ کے

اندر گیس جاتا ہے، اور مثانی عامصرہ (sphincter vesicae) کو قسح کر دیتا ہے۔ مگر بول کا غلغل غالباً میکائی نہیں ہوتا، کیونکہ اکیلا اس لختہ کو دور کرنے سے صورت حالات بہتر نہیں ہوتی (نکھل ۱۱۷)۔ اگر کلانی کا عامصرہ عمومی ہو تو قدامی مبال کا طول بڑھ جاتا ہے اور اگر ایک جانبی لختہ دوسرے کی نسبت زیادہ کلانی یافتہ ہو تو فخال مبال ایک طرف کو منحرف ہو جاتی ہے۔ اور جب کلانی خاص طور پر وسطی ملقتہ (median commissure) میں واقع ہوتی ہے تو قدامی مبال جو طبعی طور پر تقریباً سیدھا ہوتا ہے مقعر بہت کم ہوتا ہے، اور یہ انحناء بعض اوقات بہت عا د ہوتا ہے۔ یہ فیہن شیں کمنا ضروری ہے کہ اکیلہ وسطی ملقتہ کی کلانی مستقیمی استخوان سے شکل ہی سے شناخت کیجا سکتی ہے۔ یہی وسطی ملقتہ جب شانہ کے اندر کی طرف سے دیکھا جاتا ہے تو یہ ایک نمایاں بالید کی شکل کا دکھائی دیتا ہے جو بخوبی مدور یا سا قچہ دار یا بے سا قچہ ہوتی ہے۔

قدامیہ برآری (prostatectomy) کے عملیہ میں یہ نہایت تکلیف دہ تو وہ ایک فوق عانی شکاف دیکر نکالا جاتا ہے۔ جراح اس غدہ اور قدامی مبال کا انقاف کیسے کے اندر سے اٹکی کے ذریعہ کر دیتا ہے۔ اس کے بعد کیسہ میں ایک بند فضا رہ جاتی ہے جو پہلے خون اور پشیا ب سے پُر رہتی ہے اور بعد میں اس کے منتفض ہو جانے سے جدید مجری بول بن جاتا ہے۔ مجری بول کے قدامی حصہ کے تباہ ہو جانے کا وجود مریض فصل نبول پر جلد قابو حاصل کر لیتا ہے۔ میالی عامصرہ (sphincter urethra) کو ضرر نہیں پہنچتا۔

غدہ قدامیہ ایک منفی عضو ہے، اور اس کی جسامت اور اس کے نمو کا انحصار خستین کی موجودگی اور ان کی نسبت پر ہے۔ زندگی کے ابتدائی حصہ میں انحصار (castration) اس کے نمو کو روک دیتا ہے، یا اگر یہ پہلے سے نمو یافتہ ہو تو اس میں ذبول پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن جب یہ عملیہ صنفی زندگی کے نسل نمو کے بعد کیا جاتا ہے تو یہ امر صرف جزوی طور پر ہی صحیح ثابت ہوتا ہے۔ ایک نصیبہ کو مثال دینے سے صرف جزوی ذبول ہی پیدا ہوتا ہے، لیکن قنوا ت ناقصہ (vasa deferentia) کو کاٹ دینے سے عام طور پر کوئی اثر ظاہر نہیں ہوتا (سی - ویسٹس

- (C. Wallace:

مروانہ میال (male urethra) کا طول تقریباً ۸ ۱/۲ انچ (۲۱ سنٹی میٹر) ہوتا ہے، اس میں سے ۱ ۱/۲ انچ قدامی مبال، ۳ ۱/۲ انچ غثنائی مبال اور ۶ ۱/۲ انچ قضیبی یا صنفی

(کھٹکی) حصہ ہوتا ہے۔ ۴ اور ۶ سال کی عمر کے درمیان اس کا طول ۸ تا ۹ سنٹی میٹر ہوتا ہے اور ۱۰ اور ۱۲ سال کی عمر کے درمیان ۱۰ تا ۱۱ سنٹی میٹر۔ یہ قنال حوضی حصہ جو نسبتاً مثبت ہوتا ہے اور عجائی اور قضیبی یا حرکت پذیر حصوں میں تقسیم کی جاسکتی ہے۔ حوضی حصہ مثانہ کی گردن سے لیکر مثلثی رباط کی مقدم تک جاتا ہے۔ ممالی عاصرو ان دونوں حصوں کی فعلی تفریق قائم کرتا ہے۔ حوضی حصہ میں ایک کیساں انخنا پایا جاتا ہے جو مخرج حوض کے محور کے ایک متوازی خطہ سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ قلزاتی قاساطیر کا "انخنائے قصبہ" حوضی مبال کے محور کے مطابق بنا ہوتا ہے۔ مبال کا یہ حصہ محراب عانہ سے تقریباً ۱/۲ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ مبال کے حرکت پذیر حصہ کا انخنا جبکہ قضیب لٹکا ہوا ہے مخالف سمت میں ہوتا ہے، اس لئے تمام قنال کا خاکہ تقریباً انگریزی حرف ایس (S) کی طرح کا ہوتا ہے۔

### قاساطیر داخل کرتے وقت اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے کہ جب یہ

اوزار حرکت پذیر مبال میں سے گزرتا ہے تو اس کی قنال قاساطیر سے موافقت پیدا کر لیتی ہے، مگر جب یہ مثبت یا حوضی قطعہ میں سے گزرتا ہے تو اس کو قنال ثنابت کے ساتھ ضرور موافقت کرنا چاہئے۔ لیکن کی حالت میں قاساطیر داخل کرتے وقت قضیب اوپر کی طرف کو انقباضی کمرچ میں اٹھا کر پکڑ لیا جاتا ہے، اور حرکت پذیر مبال میں جو انخنا ہوتا ہے وہ اس طرح دور ہو جاتا ہے۔ اسب یہی ہے کہ اس اوزار کو بون ران کی سطح کے قریب اور پوپارٹ (Poupart) کے رباط کے اوپر اور اس کے متوازی رکھا جائے۔ جب یہ مثبت مبال تک پہنچ جاتا ہے تو قاساطیر کے دستہ کو خط وسطی پر لے آتے ہیں، اور پھر اسے جسم کے مین وسطی مستوی میں رکھ کر ٹانگوں کے درمیان دبا دیا جاتا ہے، تاکہ اس اوزار کا اگلا حصہ قنال کے قدرتی انخنا میں سے گزر جائے۔ اس کے داخل کرنے میں سب سے بڑی دقت عام طور پر اس مقام پر پیش آتی ہے جہاں مبال کے حرکت پذیر اور مثبت حصے مثلثی رباط کی مقدم تہ پر ملتے ہیں (فصل ۱۱۷)۔ یہ دقت نین حالتوں سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) عربیف بصلی مبال (bulbous urethra) دفعۃً منقبض ہو کر تنگ غشائی حصہ (membranous part) میں تبدیل ہو جاتا ہے (۲) غشائی حصہ (membranous part) کا مدخل مبال عاصرو (sphincter urethrae) سے محفوظ

اور بند رہتا ہے۔ اگر التهابِ مبال (urethritis) موجود ہو تو عاصروں میں قاسا طیر کے قریب پہنچتے ہی معکوس تشبیج کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے، اور اس حالت میں یہ صرف نرم اور سل دباؤ پر ہی راستہ دیتا ہے۔ (۳) ماصری دہن پر مبال کا محور اپنا رخ تبدیل کر لیتا ہے۔ طبعی مبال میں قاسا طیر داخل کرتے وقت بھی ان تمام دفتوں پر غالب آتا ہوتا ہے۔ جب کسی ایسے واقعہ میں قاسا طیر سے کوئی کاذب گذر گاہ بن جائے جس میں اس اوزار کو کوئی خاص رکاوٹ پیش کرنے کے لئے تقبیلق موجود نہ ہو تو یہ عام طور پر قنالی کو مثلی رباط کے سین سامنے چھڑتا ہوا پایا گیا ہے۔

**مبالی قنال (urethral canal)** کے متعلق یہ خیال نہ کرنا چاہئے کہ گلیس

کے نل کی طرح کی ایک کھلی نلی ہے۔ سوائے اس حالت کے جبکہ چشام یا کوئی اوزار اس نلی میں سے گذرتا ہے اس کی تراش ایک مستعرض درز کی طرح کی معلوم ہوتی ہے۔ فوقانی اور تحتانی دیواریں ایک دوسرے سے ملی رہتی ہیں۔ حفرہ زورقیہ (fossa navicularis) میں یہ نلی انقباضی درز کی طرح کی ہوتی ہے۔ اس کا مخاطی استر حصوں کے ڈیپلین اور اس انقباضی باؤ اور غیر مخطہ عضلی ریشوں کی وجہ سے جن سے اس کا زیرین طبقہ بنتا ہے مقرب رہتا ہے۔

اس قنال کا قدامی (prostatic) حصہ تمام مجری بول کا عریض ترین اور سب سے زیادہ اتساع پذیر ہوتا ہے۔ اس کا وسطی حصہ نہایت چوڑا ہوتا ہے، اور یہاں پر اس کا قطر تقریباً ۱/۲ انچ ہوتا ہے۔ مثانی سرے پر اس کا قطر ۱/۴ انچ کے قریب ہوتا ہے۔ اور مبال کے اسی حصہ کے مقدم سرے پر قطر کی پیمائش ۱/۲ انچ سے ذرا کم ہوتی ہے۔ قاذف نلیاں (ejaculatory ducts) جن کی محافظت عاصری عضلات سے ہوتی ہے (ایف۔ ایس۔ کڈ N. Kidney) قدامی مبال میں کھلتی ہیں، اور اس طرح قنال کے اس حصہ کا التهاب ان نلیوں کے ساتھ ساتھ پیچھے کی طرف کو منوی ٹیسکوں (seminal vesicles) تک پھیل سکتا ہے۔ اور یہاں سے قنات ناقہ (vas deferens) کے ذریعہ سے برنج (epididymis) تک جاسکتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ جب سوزاک سے قدامی مبال ماؤف ہوتا ہے تو انہی حصوں کے ساتھ ساتھ انتشار واقع ہونے سے خصیہ کا التهاب پیدا ہوتا ہے۔ اور یہ بھی معلوم ہو جاتا ہے کہ اسی قسم کا التهاب قدامی مبال کے منفرہ حیات قدامی خراج اور ان کے مشابہ دوسری حالتوں

پیدا ہو سکتا ہے۔ اس حصہ میں تضیق ہرگز واقع نہیں ہوتا۔

**غشائی مبالی (membranous urethra)** سوائے منفذ کے تمام نلی کانٹنگٹن حصہ ہے۔ اس کا قطر تقریباً ۱/۸ انچ ہوتا ہے۔ مثلاً ربط کی دونوں تہوں کے درمیان مثبت ہوتا ہے، نیز یہ مبالی عاصرو (sphincter urethra) سے جو معکوس طور پر فعل کرتا ہے گھرا ہوتا ہے۔ لہذا اسی حصہ میں وہ تضیق جو "تضیق" (spasmodic stricture) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ بہر حال مبالی عاصرو (مضیق) کا انقباض قاسطیہ یا ساؤنڈ کے گزرنے میں اکثر معذبہ مزاحمت پیش کرتا ہے۔

**قضیبی مبالی (penile urethra)** ہر ایک سرے پر یعنی ان حصوں پر جو فرداً فرداً بصلہ اور حشفہ تضیب پر واقع ہوتے ہیں تسع ہوتا ہے۔ بصلی مبالی (bulbous urethra) کا قطر مبالی کے قدامی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان، اور قضیبی مبالی کے زیادہ تر حصہ کا قطر بصلی اور غشائی حصوں کے قطروں کے درمیان درمیان ہوتا ہے بصلی مبالی میں عضوی تضیق (organic stricture) نہایت کثرت سے پایا جاتا ہے منفذ (meatus) کی پیمائش ۱/۸ تا ۱/۴ انچ ہوتی ہے، اور اس لئے اگر قاسطیہ منفذ میں سے گذر جائے تو یہ قنال کے ہر ایک حصہ میں سے گذر جائے گا۔ اس کا روزن بہت مزاحمت پیش کرتا ہے، اور بڑے اوزار گزارنے کے لئے اس میں اکثر شکاف دینا پڑتا ہے۔

لہذا مبالی کے تنگ ترین حصے (۱) منفذ پر اور (۲) غشائی قطعہ میں ہیں، اور منفذ خاص طور پر تنگ ہوتا ہے۔ جو حصیات متانہ سے آگے بڑھ آتے ہیں ان کے انہی مقامات پر ایک جانے کا نہایت احتمال ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے اس قنال کے عرض حصے (۱) حفرہ زورفہ (fossa navicularis) (۲) مبالی کا بصلی حصہ، اور (۳) قدامی حصہ کا وسط ہیں۔

530 **غشائے مخاطی کا امتحان** ایک سرے سے دوسرے سرے تک مبالی بین (urethroscope) سے کیا جاسکتا ہے۔ قضیبی مبالی میں کثیر التعداد مخاطی غدود موجود ہوتے ہیں جو زیادہ تر بالائی اور ظہری بیوروں پر ہی مترتب ہوتے ہیں۔ یہ غدود ایک تھن (lubricant) جیسا کرتے ہیں جو پیشاب کے آسانی سے گزرنے اور استری غشائی محافظت کے لئے ضروری ہوتا ہے۔



مگر جب اس استری غشائیں سرایتی التهاب واقع ہوتا ہے تو یہ غدود اور ملاحظہ جات (crypts) بعینہ جیسا کہ دوسرے ملتبہ اغشیہ مخاطیہ مثلاً قضیبی اور شعیبہ اغشیہ مخاطیہ میں ہوتا ہے خاص طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسے افراد کی مقدار مد سے زیادہ بڑھ جاتی اور بھی ہو جاتی ہے۔ یہ عدد نبتہ سوزاکیہ (gonococcus) کا لمبا و ماویٰ بن جاتے ہیں۔ مثلاً ہینا (urethroscope) کے ذریعہ سے ان کی متورم حالت شناخت کیا جاسکتی ہے، اور حفر بڑھ کبیر (lacuna magna) جو حصہ ورقیہ کی چھت میں ہوتا ہے نیز کیا جاسکتا ہے۔ اور اسی طرح مبال کے مختلف حصوں کی رنگت میں بھی تمیز کی جاسکتی ہے۔ قنوات کوپر (ducts of Cowper) کے فتحات بصلی مبال کے فرش پر دکھائی نہیں دیتے، مگر غشائی مبال کے مدخل پر غشائے مخاطی کی شکن دار حالت اور عارضہ سے اس کا بند ہونا باسانی نظر آسکتا ہے۔ عمیق مبال کے فرش پر کی ساختوں یعنی قدامی رحمک (prostatic utricle) (مردانہ رحم: uterus masculinus) اور قاف ملیوں (ejaculatory ducts) کے وہنوں کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ مبال کا عمیق حصہ جس سے ہوتا ہے، اور یہ یاد رکھنا نہایت ہی ضروری ہے کہ اس حصہ کی استری غشائیں مضرت رساں اور بے ضرر اشیا کو جذب کرنے کی عجیب و غریب طاقت موجود ہے۔

مریض کے کسی سخت چیز پر کھلی ٹانگوں سے (جیسا کہ آدمی گھوڑے پر بیٹھتا ہے) گرنے سے مبال منشق ہو سکتا ہے۔ اس قسم کی چوٹ میں یہ اس سخت چیز اور محراب عانہ کے درمیان کو بیروہ ہو جاتا ہے۔ لہذا قتال کا وہ حصہ جل کو سب سے زیادہ کثرت سے نقصان پہنچتا ہے غشائی قطعہ اور قضیبی قسمت کا موصوفہ حصہ ہے۔ عجان کے چوٹ کھانے کے وقت جسم جتنا زیادہ آگے کی طرف کو جھکا ہوا ہو گا قضیبی مبال کے اتنے ہی زیادہ لمبیل حصہ کے عاین کے ذریعہ سے کو بیروہ ہونے کا امکان ہو گا۔

زنا نہ مبال کا طول تقریباً ۱۱ انچ اور اس کا قطر ۱ انچ سے ۱ ۱/۲ انچ تک ہوتا ہے۔ مگر یہ بہت حد تک متغیر ہو سکتا ہے۔ کھڑے ہونے کی حالت میں یہ قتال تقریباً انتصابی ہوتی ہے اور لیٹنے کی حالت میں تقریباً افقی۔

قضیب (penis)۔ اس عضو کے زیادہ تر حصہ کی جلد باریک اور نرم ہوتی ہے، اور زیر جلدی بافت مقدار میں کم اور ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے۔ اس بافت کے ڈھیلے پن سے

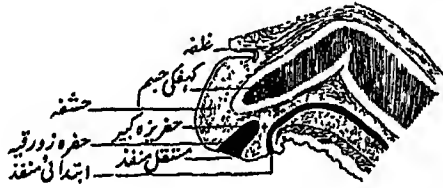
یہ تہہ نکلتا ہے کہ یہ جلد بہت ہی تمدد پذیر اور حرکت پذیر ہوتی ہے۔ موصوفہ ذکر امر کو مختہ کرتے وقت ذہن نشین رکھنا چاہئے، کیونکہ اس عمل کے دوران میں قصیب کی جلد حشفہ کے اوپر سے اور اس کے پیچھے سے اتنی آسانی سے پہنچی جاسکتی ہے کہ اس کو اتنا پیچھے سے کاٹ دینے سے جتنا کہ ممکن ہو اس عضو کا زیادہ تر حصہ معرورہ جاتا ہے۔ اس امر کا اطلاق باشیہ بچوں پر ہوتا ہے۔ زیر مخاطی بافت کے ڈھیلے پن کی وجہ سے یہ عضو منہج ہونے کی حالت میں یا جبکہ وعاء بدریشاب اس حصہ میں چلا آئے بعد متورم ہو جاتا ہے۔ حشفہ قصیب پر غشاء مخاطی استفد منضم ہوتی ہے کہ زیر مخاطی بافت تقریباً نابود ہی ہوتی ہے۔ اس لئے اس حصہ کے آنشکی اکولوں (syphilitic chancres) میں صرف خفیف سا تصلب ہی پایا جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اکیل (corona) پر زیر مخاطی بافت ڈھیلی ڈھالی اور کثیر المقدار ہوتی ہے اور اسی لئے تصلب آسانی پیدا ہو سکتا ہے، لہذا آنشکی قرص اکثر اسی حصہ پر اپنے میز ترین نموکو پہنچتا ہے۔

قصیب کی عرقیت اور اس کے سرخ احقان سے جو اس وقت پیدا ہوتا ہے جبکہ وریدی خون واپس جانے سے رک جاتا ہے اس عضو کے اس سرخ اور وسیع ورم کی توجہ سے ہوتی ہے جو اس پر کوئی مضیق بند لگالے سے پیدا ہوتا ہے۔ جب قصیب کے گرد غیثے گزار کر ان سے کوئی قاسطیر یا ندھا جا رہا ہو تو اس امر کا خیال رکھنا چاہئے۔ سفنجی جسم (corpus spongiosum) کی دموی فضائیں بعض اوقات سوزا کی التهاب سے تمدد پذیر ہو جاتی ہیں اور کہنکی اجسام (corpora cavernosa) کی فضائیں آزاد رہتی ہیں۔ اس حالت میں قصیب کی استادگی کے وقت جسم سفنجی کمان کی رسی کی طرح فعل کرتا ہے اور وہ خم پیدا ہو جاتا ہے جو نعوظ مولم (chordee) کے نام سے موسوم ہے۔

سلطی عروق لطف کے ذریعہ سے مرض قصیب کی جلد اور اس کے منفذی خط سے اربی غد کے اندرونی غد تک پہنچ سکتا ہے۔ زیادہ گہرے عروق قسدامی (prostatic) وریدوں کے ساتھ ساتھ غد کے داخلی حرقی گردہ تک جاتے ہیں جو حوض کی جانی دیوار پر واقع ہوتا ہے۔ بعض عروق فذی حلقہ میں سے گذر کر خارجی حرقی غد میں براہ راست جاتے ہیں۔

قصیب اکثر ایقافات نموکا مل ہوتا ہے۔ اور اس حالت میں اس کے مناظر مختلف

ہوتے ہیں۔ ان میں سے تحت مباہیت (hypospadias) اور فوق مباہیت (epispadias) کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔ قبل الذکر میں مجری بول کی تختانی دیوار اور اسٹفنجی جسم کا تناظر حصہ موجود نہیں ہوتے، اور موخر الذکر میں قنالی کی فوقانی دیوار اور کھپکی اجسام کا تناظر حصہ کم و بیش مکمل طور پر نابود ہوتا ہے۔ تحت مباہیت (hypospadias) کی حالت میں دو منفذ موجود ہوتے ہیں۔ ایک حشفہ پر واقع ہوتا ہے، اور اس سے انبان میں نکلتا ہے جو حفہ زورقیہ (fossa navicularis) کو ظاہر کرتا ہے، اور دوسرا اس کے عین پیچھے ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف مجری بول میں کھلتا ہے (شکل ۱۱۸)۔ اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ مردانہ مجری بول کا ابتدا مضاعف ہوتا ہے۔ حشفہ کے اندر کا حصہ حشفہ کی سطح پر کے سرحد کی



شکل ۱۱۸۔ قصیب کی تراش جو تحت مباہیت کی عام قسم کو ظاہر کرتی ہے۔  
نشان میلپاس مقام کو ظاہر کرتا ہے جہاں پر یافت میں کھوکھا، ایا اور منفذی درون بالید کے درمیان راستہ بناتا ہے۔

دروں بالید سے بنتا ہے، اور بقیہ قضیبی مہال عرج (cloaca) مشتمل ہوتا ہے۔ ابتدا میں مجری مہال (cloacal urethra) اپنے ذاتی سوراخ کے درلیہ سے کھلتا ہے (ابتدائی منفذ primitive meatus: شکل ۱۱۸)، مگر دوران نمو میں حشفہ میں سے ایک درون بالید پیدا ہوتی ہے جس سے مستقل منفذ اور حفہ زورقیہ (fossa navicularis) بناتے ہیں۔ جب یہ درون بالید خوجہ مہال (cloacal urethra) میں کھلتی ہے تو ابتدائی منفذ بند ہو جاتا ہے۔ قید الخلفہ (frenum preputii) اس کے اوپر بناتا ہے۔ اور اس طرح جو حالت پیدا ہو جاتی

وہ موقوف نمو کی ایک حالت ہے۔ ایسے مریضوں کے غلفہ پر دہنی غدو (sebaceous glands) دو ٹون بیضوی گروہوں میں مرتب ہوتے ہیں — عجینا ست غلفہ (preputial ocelli) (Shillitoe: شلیٹو)۔

**صفن (scrotum)**۔ صفن کی جلد پتلی اور شفاف ہوتی ہے، اس لئے اس کے حصوں کی کو فنگی میں سطح کے نیچے خون کے وعاہر ہو جانے سے رنگت میں تغیر واقع ہوتا ہے وہ آسانی سے اور واضح طور پر نظر آتا ہے۔ مزید برآں یہ بہت چمکدار اور وافر ہوتی ہے، اس لئے اس میں بہت سا تمدد واقع ہو جاتا ہے جیسا کہ بڑے بڑے صفنی فتوق اور خصیتی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ صفن کی گنگرین تک میں بھی جب کہ دونوں خصیے معرا ہو چکے تھے یہ حصے بیجا طور پر سکڑنے یا منقبض ہونے کے بغیر از سر نو مکمل طور پر درست کئے جا چکے ہیں۔ صفن کی سطح پر جو اساریر (rugæ) ہوتے ہیں ان میں میل پھیل بآسانی جمع ہو سکتا ہے، اور اس قسم کے اجتماع سے جو خراش پیدا ہوتی ہے وہ بعض اوقات سرطانی سلعات (epitheliomata) کے پیدا ہونے کا جو اس حصہ میں قلیل الوقوع نہیں ہوتے، محرک سبب ثابت ہوتی ہے۔ جب سطح سے پسینہ نکلتا ہے تو اساریر کا رجحان اس احتباس رطوبت کی تائید کرنے کی طرف ہوتا ہے جو ان کے شکلوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اس حالت اور دوسری حالتوں کی وجہ سے صفن میں اکزیما (eczema) اور جلد کے ان آتشکی امراض کے واقع ہونے کا جن کی تعیین مقام خراش کی موجودگی سے ہوتی ہے، احتمال ہوتا ہے۔ اساریر (rugæ) صحت کی علامت ہوتے ہیں کیونکہ ان کا انحصار عینی عضلی ریشوں کے قوی انقباض پر ہوتا ہے۔ کمزور اشخاص میں یا گرمی کے مرتخی اثرات کے تحت صفن ہموار اور معلق ہو جاتا ہے۔ سادہ شگافہ زخم میں جیسا کہ انحصا (castration) میں ہوتا ہے سلغیہ (dartos) سے جلد کی کوروں کے اندر کی طرف مڑ جانے کا احتمال ہوتا ہے، اور اس سے ٹانگے لگانے میں کسی قدر دقت پیش آتی ہے۔ یہ دقت زخم پر گرم اسفنج رکھ کر اس بافت میں کچھ عرصہ کے لئے ڈھیلا پن پیدا کرنے سے رفع کی جا سکتی ہے۔

زیر جلدی بافت (subcutaneous tissue) ڈھیلا اور بہت وسیع

ہوتی ہے، اور اس لئے سطح کے نیچے خون کی بہت سی وما بدری نمودار ہو سکتی ہے۔ منن اپنے محل کے نیچا ہونے اور اپنی خلوی بافت کے ڈھیلا اور وسیع ہونے کی وجہ سے اکثر جسم کا پہلا حصہ ہوتا ہے، جو استسقاؤں، متہجج ہوتا ہے، اور اس متہجج کو یہ ایک نمایاں حد تک ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے۔ مزید براں منن داؤ لفل (elephantiasis) کا بھی اکثر محل ہوتا ہے، جو لٹنی عروق اور انصافی بافت کی فضاؤں کے تمدد سے پیدا ہوتا ہے۔ منن کی حیویت زیادہ نہیں ہوتی اور مادہ التهاب میں اغاثات عام طور پر واقع ہو جاتا ہے۔ اس لئے کلانی یافتہ خصیہ پر بند کشی (strapping) کرنے میں ذرا احتیاط چاہئے۔

خصیہ بعض اوقات کہفہ شکم میں مجوس ہو کر رہ جاتا ہے، یا کچھ زمانہ کے لئے جو مختلف واقعات میں مختلف ہوتا ہے، یا عمر بھر قتال اربی میں پڑا رہتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ بعض اوقات منن سے آگے نکل کر عجان میں چلا جاتا ہے، یا اربی قتال سے باہر نکل کر فندی قتال اور سافنی فتقہ (saphenous opening) میں بے گزر کر ران میں چلا جاتا ہے (دیکھو صفحہ 401)۔

اصلی خصیہ طبقتہ غمدیہ (tunica vaginalis) سے سوائے موخر کنارہ کے تھوڑے سے حصہ کے جہاں عروق داخل ہوتے ہیں بتامہ محصور ہوتا ہے۔ بربخ (epididymis) اس مصلی غشا سے اطراف پر بتامہ اور سامنے کی طرف کم و بیش پوشیدہ ہوتا ہے، مگر موخر کنارہ کے زیادہ تر حصہ پر آزاد یا معرا ہوتا ہے (دیکھو شکل او صفحہ 402)۔ طبقتہ غمدیہ (tunica vaginalis) کی حشائی تہ جداری تہ سے بربخ (epididymis) کے موخر کنارہ پر ملتی ہے۔ خصیہ اور بربخ کا موخر کنارہ — گلوب کبیر (globus major) سے لے کر گلوب صغیر (globus minor) تک مصلی غشا کے الوکاس — خصیہ کی ماساریقا — سے محدود ہوتا ہے۔ تمام موخر کنارہ سے چسپیدہ ہونے کی بجائے ماساریقا بعض اوقات خصیہ اور گلوب صغیر کے صرف ترین قطب ہی سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس قسم کی ساقچہ دار چسپیدگی پر خصیہ کے اس تنگ ماساریقا کو بل پر جانے سے سختی ہو جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ تنگ اور

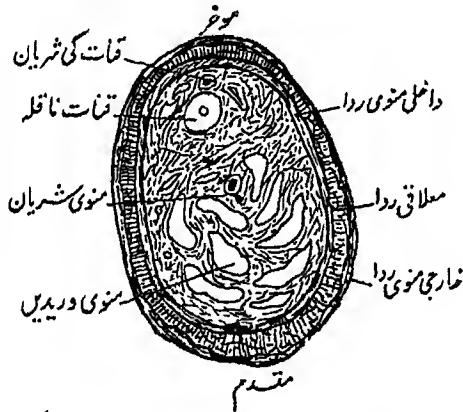
متطول ماسارٹیکا صرف ان غدہ کے ساتھ ہی پائی جاتی ہے جن کا نزول دیر سے ہوتا ہے، یا جو دوران نزول میں ٹھہر جاتے ہیں۔ لہذا خصیہ کا تلوئی (torsion of the testicle) صرف ناقص النمو اعضا ہی میں ممکن الوقوع ہے۔

مصلی طبقہ اور خصیہ یا اصلی غدہ میں جو زیادہ قریبی اور وسیع تعلق ہوتا ہے اُس سے اس عضو کے اس حصہ کے التهاب میں، اکیٹلہ برنخ کے مہذب ہونے کے مقابلہ میں، قیلہ مائیہ (hydrocele) کے زیادہ کثیر الوقوع ہونے کی کسی حد تک 535 توجیہ ہوتی ہے۔ عام قیلہ مائیہ (hydrocele) کے واقعات میں طبقہ غمدیہ (tunica vaginalis) کے انفکاس ہی کی وجہ سے خصیہ ورم کے زیرین اور موخر حصہ پر مضبوطی سے جمارہتا ہے، لیکن باوجود اس کے اس غشا سے اس عضو کا اتنا وسیع حصہ محصور ہوتا ہے کہ بڑے بڑے قیلہ جات مائیہ میں اس غدہ کا محل معلوم کرنا مشکل ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں خصیہ صفن کے اگلے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور برنخ (epididymis) اس کے سامنے ہوتا ہے، اور اس غدہ کا جسم اس کے پیچھے ہوتا ہے۔ مزید برآں قنات ناقلہ (vas deferens) جبل کے سامنے کے حصہ کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کوجاتی ہے۔ ان حالتوں میں خصیہ عین اسی وضع پر ہوتا ہے جو یہ حالت میں اختیار کر گیا جبکہ انتصابی محور پر اسے گردش دی جائے۔ یہ حالت دروں کروٹن خصیہ (inversion of the testicle) کے نام سے مشہور ہے، اور اس کی تلاش قیلہ مائیہ کے واقعات میں کرنا چاہئے، نیز ایسی کئی ایک مثالوں میں جن میں دروں گردش بھی موجود تھی خصیہ اجتماعات کا بزل کرتے وقت ریمزل سے چھد چکا ہے۔ اصلی غدہ کی بافت ایک بہت کثیف غشا طبقہ ابیض (tunica

albuginea) سے محصور سے ہوتی ہے۔ بخلاف اس کے برنخ (epididymis) کی کوئی ایسی محکم لینی پوشش نہیں ہوتی۔ طبقہ ابیض کی مضبوطی سے اس شدید درد کی بہت کچھ توجیہ ہوتی ہے جو اصلی خصیہ کے عوارض میں محسوس ہوتا ہے، اور جب اکیلا برنخ (epididymis) جو اتنی مضبوطی سے محصور نہیں ہوتا ماؤف ہوتا ہے تو درد اس درجہ تک نہیں پہنچتا۔ مزید برآں یہ بھی سمجھ میں آگیا ہوگا کہ برنخ کے التهاب

صحن میں جلد ہی بہت سا ورم نمودار ہو جاتا ہے مگر غدہ مذکور کے جسم کے اسی قسم کے عوارض میں ورم نسبتاً کم ہستہ ظاہر ہوتا ہے۔  
 صحن کے عروق لمف غدہ دار بنی کو جاتے ہیں، اور خصیہ کے غدہ قطنی کو۔  
 خصیہ کے جمیٹ مرض میں ثانوی مطروحات کے پائے جانے کی توقع شکم کی گہرائی میں اور بل کے اطراف پر ہوتی ہے۔ صحن دسویں ٹھری فقرہ کے سامنے نمودار ہوتا ہے۔ اور اس کی عصبی رسد دسویں ٹھری قطعہ سے وصول ہوتی ہے۔ اس کے اعصاب

536



شکل ۱۱۹۔ بالغ کی بائیں منوی جبل کی تراش خارجی ٹنگی حلقہ کے  
 بیول پر جیسی کہ یہ اوپر سے دکھائی دیتی ہے۔

جھوٹے احتشائی اعصاب (small splanchnics) اور شمسی (solar) اور ادرلی (aortic) ضغیروں میں سے گذر کر منوی شریان (spermatic artery) پر آتے ہیں، اور اسی کی گتہ یہ اس غدہ تک پہنچتے ہیں۔ برنج (epididymis) کی عصبی رسد حوضی ضغیرہ سے قنات ناقطہ (van deferens) کے ساتھ آتی ہے۔

**جل منوی (spermatic cord)**۔ اس جل میں مندرجہ ذیل ساختیں

ہیں۔ (۱) قنات ناقظہ (vas deferens) ، (۲) معلقاتی عضلہ (cremaster muscle) ، (۳) منوی (spermatic) ، اور (۴) معلقاتی (cremasteric) شریانیں ، (۵) قنات ناقظہ کی شریان ، (۶) وریدوں کا سلک نما ضفیرہ (pampiniform plexus) ، (۷) تناسلی ساقی (genito-crural) عصب ، (۸) مشارکی عصبی رشتہ جات ، اور (۹) عروق لمفا۔

**قنات ناقظہ (vas deferens or ductus deferens)** جل کی موخر جانب

پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۹) ، اور یہ محکم اور ڈورے کی طرح کے احساس سے شناخت کی جاسکتی ہے جبکہ انگوٹھے اور انگلی کے درمیان اس کی چٹکی بھری جاتی ہے۔ برکٹ (Brikett) (Holmes's "System") نے قنات ناقظہ کے انشعاق کے تین واقعات کا ذکر کیا ہے جو دفعۃً بہت سا زور لگانے سے واقع ہوا تھا۔ قنات کے متعلق یہ معلوم ہوا ہے کہ یہ ہر ایک واقعہ میں شکم کے اندر داخل حلقہ اور اس مقام کے درمیان جہاں یہ حالب کے نزدیک پہنچتی ہے کہیں بھیٹی تھی۔ کلانی یافتہ غدہ قدامیہ میں ذبول پیدا کرنے کے لئے اس قنات کے کچھ حصہ کا استیصال جرنی کیا جاتا ہے ، لیکن کامیاب نہایت نہیں ہوا۔

**معلقاتی عضلہ (cremaster muscle)** کی جسامت کا انحصار زیادہ تر اس وزن پر ہوتا ہے جو اسے معلق رکھنا پڑتا ہے۔ ذبول خصیہ میں یہ تقریباً تین غائب ہو جاتا ہے اور بڑے بڑے سست بال سلعات میں یہ بہت بڑی جسامت اختیار کر لیتا ہے۔

**شریانوں میں سے منوی (spermatic)** ورطہ میں سے آتی ہے ، اور قنات ناقظہ کے سامنے واقع ہوتی ہے ، معلقاتی (cremasteric) عمیق بر معدی (deep epigastric) سے نکلتی ہے اور جل کی سطحی تہوں میں اس کے بیرونی قطع میں واقع ہوتی ہے ، اور ناقظی شریان (deferential artery) جو فوقانی یا تحتانی شانی سے نکلتی ہے قنات کی جانب پر واقع ہوتی ہے (شکل ۱۱۴)۔



منوی شریان خصیہ کے نزدیک پہنچ کر متعدد شاخوں میں تقسیم ہو جاتی ہے جو برخ (epididymis) کی اندرونی طرف کو چلی جاتی ہیں، اور ان کو خصیہ کی دومی رسد میں غفل انداز ہونے کے بغیر علحدہ کیا جاسکتا ہے۔ جبل کی تینوں شاخیں علیہ (castration) میں کاٹ دی جاتی ہیں، اور ان کے باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

وریدیں سہری طور پر دو گروہوں میں تقسیم کی گئی ہیں۔ ان میں سے مقدم بہت بڑا ہوتا ہے اور یہ منوی شریان کے ساتھ ساتھ جاتاہے اور مسلک نما ضغیرہ (pampiniform plexus) اسی سے بنتا ہے۔ موخر گروہ چھوٹا ہوتا ہے، اور قنات کو گھیرے ہوتا ہے، اور ناقلی شریان (deferential artery) کے ساتھ ساتھ جاتاہے۔

منوی اور مسلک نما ضغیروں کی وریدیں اکثر دوالی نما ہوتی ہیں، اور اس عارضہ کا نام قیلہ دوالیہ (varicocele) ہے۔ بہت سے ایسے تشریحی اسباب ہیں جن سے ان وریدوں کو یہ عارضہ لاحق ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ ان وریدوں کا محل وقوع نیچا ہے اور اصلی ورید کا طول معتدبہ، اور اس کا محرقریباً انقباضی ہوتا ہے۔ یہ عروق قنات شریان کے مقابلہ میں بہت برٹھے ہوتے ہیں۔ اس لئے خون کو پیچھے سے دھکیلنے کی قوت لازمی طور پر اقل رہ جاتی ہے۔ نیز یہ ایک ڈھیلی ڈھالی بافت میں واقع ہوتے ہیں اور ان کو وہ سہارا اور وہ مدد نہیں ملتی جو دوسری وریدوں (مثلاً جوارح کی وریدوں) کو عضلی انقباض سے ملتی ہے۔ مزید برآں یہ بہت سے تفہات کی وجہ سے

538

بہت پیچیدہ ہوتی ہیں، اور ان میں چند نامکمل مصراعات ہوتے ہیں۔ ان کا جو حصہ قتال اربی میں سے گذرتا ہے دباؤ کے لئے مہرا ہوتا ہے۔ بائیں طرف کی وریدیں دائیں طرف کی وریدوں کی نسبت زیادہ کثرت سے متاثر ہوتی ہیں۔ مسٹر سمنسٹر (Mr. Spencer) نے یہ ثابت کیا ہے کہ بائیں جبل کی وریدیں دائیں جبل کی وریدوں کی نسبت ہمیشہ بہت بڑی ہوتی ہیں۔ یہاں اس امر کی طرف بھی اشارہ کر دینا موزوں ہوگا کہ بائیں خصیہ دائیں کی نسبت زیادہ نیچے لٹکا ہوتا ہے۔ اور بائیں منوی ورید بائیں کلوئی ورید میں زاویہ قائمہ پر داخل ہوتی ہے۔ اور دائیں منوی شریان ورید بافت (vena cava) میں ترجیحی داخل ہوتی ہے۔ نیز بائیں ورید لگمانا (sigmoid) قولون کے

نیچے سے گذرتی ہے، اور اس لئے یہ اس رودہ کے مشمولات کے دباؤ کے معرض اثر میں رہتی ہے۔

زمانہ تناسلی اعضا (female generative organs) کا اس کتاب میں تفصیل سے ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ شفرتین بکیر (labia majora) کے امراضیاتی رجحانات وہی ہیں جو صغین کے ہیں، اور جس کے یہ درحقیقت متناظر ہیں۔ ان میں ٹون کی بڑی بڑی وعادریاں واقع ہو سکتی ہیں۔ اور ہیچ کی حالت میں یہ بہت متورم ہو جاتے ہیں۔ اور جب ان میں حاد التهاب واقع ہوتا ہے تو ان میں اغاثات کے نمودار ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اور عورتوں کے داغ الفیل کا عام محل بھی ہیں بعض اوقات کسی ایک شفرہ میں فتق واقع ہو جاتا ہے (جیائی فتق: pudendal hernia)۔ تاجہ کی گردن ہیمل اور عانی فرع کے درمیان ہوتی ہے۔ ایسے فتق کے مشمولات میں سے اکثر بیض بھی ایک ہوتا ہے۔

”شفرہ صغیر کی بروں گردانی اور پردہ بکارت کو اندر کی طرف دبانے سے فرج پر کسی قدر پیچھے کی طرف کو ایک چھوٹا سا سرخ نشیب عام طور پر دکھائی دیتا ہے۔ یہ اس سوراخ میں کھلتا ہے جو بارتھولین غده (Bartholin gland) کے لئے ہوتا ہے“ (ڈورین: Doran)۔ یہ بیضوی جسم کا غده جس کا طول تقریباً ۱ انچ ہوتا ہے سوراخ ہیمل کے موخر حصہ کے بالمقابل سطحی عجائی اردا کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور عاً صرہ ہیمل (sphincter vaginae) کے ریشٹول سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ ۳۰ سال کی عمر تک یہ مدبول ہو جاتا ہے، اور یہ مردوں کے غده کوپہر (Cowper) کا متناظر ہوتا ہے (صفحہ ۵۲۴)۔ ان دونوں غدوں میں مزمن سوزاکی التهاب کے واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس غده کا خراج اور اس کی قنات کا دیرری اتساع قلیل الوقوع ہیں۔

539

ہیمل مثانہ اور معائے متقیم کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ اس کی موخر سطح بالائی ایک چوتھائی حصہ باریٹون سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور اس لئے یہ کہفہ شکم سے تعلق رکھتا ہے۔ چنانچہ مثانہ، معائے متقیم یا معائے صغیر ہیمل کی دیوار کے کچھ حصہ کے دب جانے سے بعض اوقات اس میں بروں کر آتے ہیں، اور اس طرح ایک ہیمل قلیہ مثانہ

یا قیلہ مستقیمہ یا قیلہ معویہ پیدا ہو جاتا ہے۔

ہہل کی مقدم دیوار ۲ انچ سے ذرا زائد ہوتی ہے، اور موخر دیوار تقریباً ۳ انچ ہوتی ہے۔ اس قنال کا طویل محو افق سے ۶۰ درجہ کا زاویہ بناتا ہے، اور اس لئے حوض کی گگر کے یہ تقریباً متواری ہوتا ہے۔ رباط عویض کے قاعدہ پر کی ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت ہہل کے بالائی سرے کے دونوں طرف واقع ہوتی ہے۔ غالب ثنائہ میں ہہل کی چھت کے بالائی حصہ پر ختم ہوتا ہے۔ (جو ساختیں زنانہ حوض کے مشمولات کو سہارا دینے سے تعلق رکھتی ہیں ان کے لئے دیکھو صفحہ 505)۔

کہنہ شکم بعض اوقات ہہل میں زخم آنے سے کسل جاتا ہے۔ اس قسم کی چوٹوں میں بعض اوقات کئی فٹ معارفج میں سے بروز کر آئی ہے۔

ہہل کو جو دیواریں ثنائہ اور معائے مستقیم سے ملحدہ کرتی ہیں، ان کے مقابلہ پتلا ہونے کی وجہ سے مثانی ہہلی اور مستقیم ہہلی نامی سوراخ کثیر الوقوع ہیں۔ ہہل بہت کثیر العروق ہوتی ہے۔ اور اس کے زخموں سے ہہلک نرف واقع ہو چکا ہے۔ نیز یہ بہت اتساع پذیر بھی ہوتی ہے، اور یہ امر اس وقت ثابت کیا جاسکتا ہے جبکہ رحم سے واقع شدہ نرف کو بند کرنے کے لئے اس میں ڈاٹ لگائی جائے۔

رحم کا وزن تقریباً ۱ اونس ہوتا ہے۔ کہنہ رحم اور قنال عنق دونوں کی پائش تقریباً ۲ ۱/۲ انچ ہوتی ہے۔ جب رحمی مجسہ (uterine sound) گزارا جا رہا ہو تو اس امر کا ضرور خیال رکھنا چاہئے۔ رحم کے عروق خون اس کے طول سے مستعرض رخ پر گزرتے ہیں، اس لئے اس عضو کے گرد بندش لگائی جاسکتی ہے، اور اس کا دوران خون بندش سے اوپر نیچے متاثر نہیں ہوتا۔

رحمی شریان داخلہ صرغی (internal iliac) سے حوض کی گگر سے

۱ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور رباط عویض میں سے گذر کر عنق الرحم کو چلی جاتی ہے۔ یہ ۲ ۱/۲ انچ لمبی ہوتی ہے۔ اور اپنے ممر کے وسط پر غالب کے اوپر چنبر کی شکل بناتی ہے۔ رباط عویض پر غلوپی نلی (جو پیچھے کی طرف کو ہوتی ہے) اور رباط مستدیر (جو آگے کی طرف کو ہوتا ہے) کے درمیان شکاف دینے سے اس تک رسائی کی جاسکتی ہے۔ یہ اس زخم کے نیچے

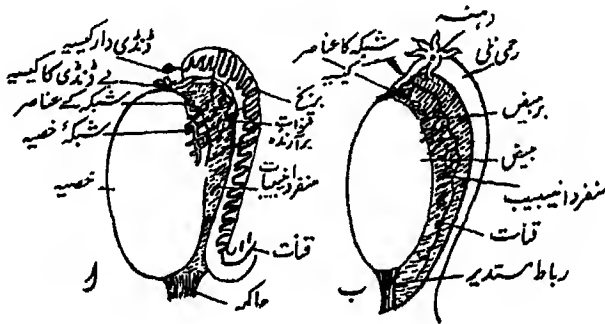
ڈھیلی ڈھالی فضائی بافت میں پائی جاتی ہے۔  
 قعر رحم اور ضخیمہ جات سے جو عروق لمف آتے ہیں وہ قطنی غدود کو جاتے ہیں۔  
 نیز ان میں سے چند رباط مستدیر کے ساتھ ساتھ اربی غدود کو چلے جاتے ہیں۔ عنق کے  
 (جس میں کہ سرطان اکثر واقع ہوتا ہے) عروق لمف اندرونی حرقنی غدود کو جاتے ہیں  
 جو حوض کی جانبی دیوار پر واقع ہوتے ہیں۔

غیر حامل رحم شاذ و نادر ہی زخمی ہوتا ہے، اور اس کی مامونیت کا انحصار  
 اس کی دیواروں کے کثیف اور اس کی جسامت کے چھوٹے ہونے اور نیز اس کے  
 بہت حرکت پذیر اور عظمی حوض میں واقع ہونے پر ہوتا ہے۔

بیض اس طرح واقع ہوتا ہے کہ فلوئی نلی کا بیرونی حصہ اس کے باہر کی طرف  
 سے نیچے کی طرف کو مڑ جاتا ہے۔ بیض کا عام محل قطع جسم پر اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے  
 جو مشترک اور خارجی حرقنی شریانوں کا مر معلوم کرنے کے لئے کھینچا جاتا ہے۔ اور  
 یہ خط اور رگ کی دو شاخگی سے لیکر مخدئی نقطہ تک کھینچا جاتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔  
 بیض اس خط کے نقطہ وسطی کے اندر کی طرف (شکل ۱۱۲ صفحہ 490) خارجی اور داخلی  
 حرقنی شریانوں کے درمیانی زاویہ کے قریب واقع ہوتا ہے۔ سہل میں سے اس کا جس  
 وضاحت سے نہیں کیا جاسکتا۔ اس کے اعصاب جل کے دسویں ٹھہری قطعہ سے  
 آتے ہیں۔ اور عنق کے حسی اعصاب زیرین عجزی قطعات سے آتے ہیں۔ بیض کے  
 عروق لمف قطنی غدود کو جاتے ہیں جو اور رگ کے زیرین حصہ اور ریڈ (vena cava)  
 کی جانب پر بس باریطونی بافت میں واقع ہوتے ہیں۔

بیض پستانوں پر بہت نمایاں پرورشی اثر ڈالتا ہے پستان کی بیش پرورش  
 کا انحصار جو بلوغ پر اور دورانِ حمل میں واقع ہوتی ہے بیض کے ایک اندرونی افراز پر  
 ہوتا ہے (سٹارلنگ: Starling)۔ ان کے علمدہ کر دینے سے پہلے یہ امید کی جاتی تھی کہ  
 پستان کا سرطان موقوف ہو جائے گا لیکن اس طریق کار سے زیادہ کامیابی نہیں ہوئی۔  
 بیضی عروق حوض کی لگو پر باریطون کے ایک شکن میں واقع ہوتے ہیں جس کا  
 نام بیضی یا قطنی حوضی رباط (ovario- or infundibulo-pelvic ligament) ہوتا ہے

کیونکہ یہ بیض اور فلویپی نلی کے قمع (infundibulum) دونوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔  
بیض ششگانی (ovariotomy) میں اس رباط سے ساقچہ کا بیرونی حصہ بنا ہوتا ہے۔  
وہ مختلف آناری ساختیں جو بیض سے متعلق ہیں۔ یعنی وہ ساختیں جن سے  
قمع ہونے سے دور سے بنجاتے ہیں۔ شکل ۱۲۰ میں دکھائی گئی ہیں۔ ایسے آناری حصے  
ان ساختوں کے متناظر ہیں جو مرد میں مکمل طور پر نمو یافتہ ہو جاتی ہیں اور جن سے قناتوں کے  
اس مکمل نظام کا جس کے ذریعہ سے منی خصیہ کے انبسیات میں سے مجری بول تک پہنچتی  
ہے کچھ حصہ بنتا ہے۔ چنانچہ قنات ناقہ کی قائم مقام ولفی قنات (Wolffian duct)



شکل ۱۲۰-ا۔ ان آناری ساختوں کی تصویر جو خصیہ سے متعلق رکھتی  
ہیں۔ ان میں گاہے گاہے دور سے بنجاتے ہیں۔ ب۔ بیض سے متعلقہ  
آناری حصوں کی متناظر تصویر۔

ہوتی ہے جو رباط عریض کی تہوں کے درمیان واقع ہوتی ہے۔ ولفی انبسیات (Wolffian  
tubules) جو بیض کے نافیجہ کی طرف جاتے ہیں مرد کے قنات برآزندہ (vasa  
efferentia) کے متناظر ہوتے ہیں۔ شبکہ خصیہ (rete testis) کے، جو خصیہ کے  
منصف پر واقع ہوتا ہے اور جس کے ذریعہ سے منی حامل منی انبسیات (seminiferous  
tubules) سے قنات برآزندہ (vasa efferentia) تک جاتی ہے، قائم مقام

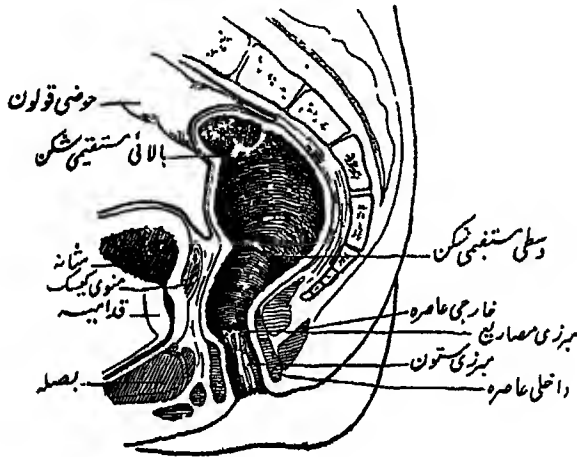
وہ منفرد ساختی عناصر ہوتے ہیں جو بیض کے ناپہ پراور تلی کی بیضی جھار کے ساتھ ساتھ پائے جاتے ہیں۔ ان عناصر میں سے دو برآرندہ قناتیں اور شبکی گذرگاہیں بطور آزاد ساختوں کے نمو پاتی ہیں۔ اور قناتی نظام کے قرب وجوار کے حصوں کے ساتھ نوکے کسی آئندہ درجہ میں متحد ہو جاتی ہیں۔ عورت میں ان ساختی عناصر کی ایک کثیر تعداد انیسیبات کے منفرد مبادی کی شکل میں برقرار رہتی ہے اور مرد میں صرف چند ہی باقی رہتے ہیں، چنانچہ ان میں بعض اوقات دویرے پیدا ہو جاتے ہیں۔

معائے مستقیم (rectum) تیسرے عجزی فقرہ کے سامنے سے شروع ہوتی ہے، اور اس کا طول تقریباً ۵ انچ ہوتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ حوضی مستقیم (pelvi-rectal) بچاؤ پر یہ حوضی قولون سے جو باریطون سے محصور ہوتی ہے اور جس کو ماساریقا سہارا دیتی ہے مسلسل ہوتی ہے۔ مصلی غشا معائے مستقیم کی موخر سطح کو بتدریج چھوڑ دیتی ہے اور اس کے بعد یہ اطراف سے اور آخر میں اس کی مقدم سطح سے دور ہٹ جاتی ہے۔ مرد میں باریطون مقدم جانب پر مستقیم ثانی جیب کی شکل میں مبرز سے ۳ انچ سے کم فاصلہ تک چلا جاتا ہے۔ اور اس کی موخر جانب پر مبرز سے ۵ انچ اور تک باریطون نہیں ہوتا۔ اس لئے معائے مستقیم کے استئصال (excision) میں کہفہ باریطون کو کھولے بغیر اس نئی کی موخر سطح سے مقدم سطح کی نسبت اس کا زیادہ حصہ دور کیا جاسکتا ہے۔ یہ بھی معلوم ہو جائے گا کہ سرطان اور دوسرے پھیلنے والے قروح کا رجحان کہفہ باریطون پر حملہ آور ہونے کی طرف زیادہ ہوتا ہے جبکہ یہ اس کے مقدم حصہ پر واقع ہوں۔

معائے مستقیم کا سب سے نیچے کا حصہ بطور قنال مبرز (anal canal) تمیز کیا جاتا ہے۔ یہ اندرونی عاصرو سے گھرا ہوتا ہے۔ یہ ایک غیر اختیاری عضلہ ہے جو دائری طبقہ سے مسلسل ہوتا ہے۔ آرام کی حالت میں قنال مبرز جس کا رخ نیچے کی اور پچھلی طرف کو ہوتا ہے ۱۱ انچ لمبی ہوتی ہے، لیکن دوران تبرز میں اور بیض کے کانکھنے کے وقت یہ انھلی حلقہ نما شکل اختیار کر لیتی ہے۔ یہ قنال رافض مبرز (levator ani) اور عجانی جسم سے مضبوطی سے مثبت ہوتی ہے، اس لئے سقوط (prolapse)

میں مبرز کے اوپر کی معائے مستقیم ہی ہوتی ہے جو اس میں سے باہر نکلتی ہے۔ رافع مبرز کی موخر کور سے ایک آزاد کنارہ بنتا ہے جو واضح طور پر محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ معائے مستقیم کو مبرز سے ۱۲ انچ کے فاصلہ پر تقریباً گراویہ قائمہ پر عبور کرتا ہے۔

معائے مستقیم میں انگی د داخل کرنے سے غدہ قدامیہ اور منوی کی ایک باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں اور ان کا امتحان بھی کیا جاسکتا ہے۔ نیز مشانہ کی مثلثی سطح



شکل ۱۲۱۔ وسطانی تراش پر معائے مستقیم اور قنال مبرز کے مدارج۔  
(پروفیسر ای۔ ایم۔ پٹرسن: A. M. Paterson)۔

کا استقصاء کیا جاسکتا ہے جس میں سے براستہ معائے مستقیم کچھ کا لگا جاسکتا ہے (صفحہ 518)۔ غدہ قدامیہ کلائی یافتہ ہونے پر بعض اوقات معائے مستقیم کے کہنہ میں داخلیت کرتا ہے اور اس کے درونہ کو بہت تنگ کر دیتا ہے (شکل ۱۱۷)۔ معائے مستقیم کے منوی کیسکوں کا محل ایسا ہے کہ دوران اجابت میں شدت سے کانپتے وقت

ان پر معائے مستقیم کے مشمولات کا دباؤ پڑتا ہے، اس لئے ان کا کچھ حصہ خالی ہو جاتا ہے، اور ایک قسم کا جریان منی (spermatorrhoea) پیدا ہو جاتا ہے۔ غدہ قدامیہ اور اس کے ہم پہلو حصوں کے الٹھابی عوارض میں تبرز سے اکثر بہت درد پیدا ہو جاتا ہے۔

544

عورت میں معائے مستقیم کی مقدم سطح کا وہ حصہ جہاں تک انگلی پہنچ سکتی ہے مہل سے تعلق رکھتا ہے۔ اور معائے مستقیم کے زیرین حصہ کا امتحان کرتے وقت تناسلی گذرگاہ میں انگلی ڈالکر، اس کی غشاؤں کی غلطی کا مہر میں سے برور کر لینا مناسب ہوتا ہے۔

فعلی اور شکلیاتی لحاظ سے معائے مستقیم دو حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک بالائی جو باریطون اور مستقیم متانی جیب سے تعلق رکھتا ہے اور اتساع پذیر ہوتا ہے، اور تبرز سے پیشتر براز سے پُر ہوتا ہے۔ ایک زیرین جو باریطون سے پرے واقع ہوتا ہے، اور براز کے لئے صرف گذرگاہ کا کام دیتا ہے جو اس میں جمع نہیں ہوتا (وڈ جونز: Wood Jones)۔ بے جانی مثانہ (ectopia vesicae) کے علاج کے لئے جو عملیات کئے جاتے ہیں جن میں کہ حاملین معرثانہ سے نکال کر معائے مستقیم میں نصب کر دئے جاتے ہیں، ان میں اس حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ معائے مستقیم کے بالائی حصہ کا تمدد پُری کا احساس پیدا کرتا ہے، اور تبرز کی اختیاری اور غیر اختیاری کوئشنوں کے سلسلہ کی ابتدا کرتا ہے۔

براز بعض اوقات معائے مستقیم میں منغز ہو جاتا ہے۔ مزید برآں عجیب قسم کے اجسام بھی اس میں اکثر بیجا طور پر رکھے ہوئے ملتے ہیں۔ ان میں سے بیل کے سینک دیا سلائی کی لہرے کی ڈبیا، اور شیشہ کے آئینہ کا ڈکڑا جاسکتا ہے۔ معائے مستقیم اور قولون کی ضد حرکت دودی حرکات سے اس قسم کے اجسام بعض اوقات اخراج کی طرف چلے جاتے ہیں۔

تجزیہ سے ثابت ہوا ہے کہ جب مرد میں معائے مستقیم متمدد ہوتی ہے تو باریطون مستقیم متانی شکن اوپر اٹھ جاتا ہے۔ اور مثانہ مرتفع ہو کر آگے کی طرف کود جاتا ہے۔



عورت میں فحرم مرتفع ہو کر ارتفاق حانہ کی طرف دب جاتا ہے۔ فوق عانی حصہ شگافی (suprapubic lithotomy) میں بعض اوقات معائے مستقیم مصنوعی طور پر متمدن کی جاتی ہے تاکہ مشانہ بہتر وضع اختیار کر لے (صفحہ 515)۔

معائے مستقیم کی اندر کی طرف کا اور قولون کے نیچے کے ۱۸ انچ کا استقصاء سنگمانا بینی (sigmoidoscopy) سے کیا جاسکتا ہے۔ اگر یہ اوزار اس طرح گزارا جائے کہ ہوا کی ایک گدی اس کے سامنے رہے اور اسے صرف درد نہ کے ساتھ ساتھ ہی جوں جوں یہ اس ہوا سے کھلتا ہوا دکھائی دیتا جائے جو پیپ سے اندر داخل کی جاتی ہے، لے جایا جائے تو اسے بلا ضرر اور اکثر درد کے احساس کے بغیر داخل کیا جاسکتا ہے۔ اگر جراح حوضی قولون کے طبعی انحنائوں کو ذہن نشین رکھے تو اس کے دخول میں آسانی ہوتی ہے۔ گاہے گاہے ان مریضوں میں جن میں سنگمانا قولون کی ماساریٹیا (mesosigmoid) بہت چھوٹی ہوتی ہے اس اوزار کو حوض کی کمر پر سے گزارنے میں کچھ دقت پیش آتی ہے۔ لیکن اگر احتیاط کی جائے اور مریض کے عضلات کمل طور پر ڈھیلے ہوں تو اس رکاوٹ کو باسانی دور کیا جاسکتا ہے۔ اس اوزار سے غشاء مخاطی کی رنگت (جو زردی مائل سرخ ہونی چاہئے) اور اس کی ہوا ریں دیکھی جاسکتی ہیں اور کھلتی ہوئی غشاء مخاطی کے ”گلچہ“ (rosette) کی کشادگی کے طریقہ کا ملاحظہ کیا جاسکتا ہے۔ بوہر تضیقات (strictures) اور سلعات کی سی غیر طبعی حالتوں کی شناخت بھی کی جاسکتی ہے۔ معائے مستقیم کی چسپید گیاں جو اس کے غلاف کے ذریعہ سے حوضی رد کے ساتھ ہوتی ہیں بہت محکم نہیں ہوتیں۔ گرد عرق غلاف سے پیدا شدہ لیفی اطلتیں وسطی باسوری (middle hæmorrhoidal) عروق کے ساتھ ساتھ جاتی ہیں۔ اور جو لیفی بند عجز سے آتے ہیں وہ بھی اس کے غلاف سے مل جاتے ہیں، اور استیصال کے عمل میں ان کو کاٹنا پڑتا ہے۔ اس کی چسپیدگی کا ڈھیلا پن بعض واقعات میں ظاہر ہوتا ہے جن میں روده مبرز میں سے بروز کر آتا ہے۔ مزید برآں معائے مستقیم کے استیصال میں اس حرکت پذیریت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔

اس کی غشاء مخاطی موٹی اور عروق دار ہوتی ہے، مگر نیچے کے عضلی طبقہ

ڈھیلی چسپیدہ ہوتی ہے۔ یہ ڈھیلہ پن جو بچوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے (prolapse) کی مساعدت کرتا ہے، جو ایک مرض ہے جس میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی خوشحالی میہر سے بروز کرتی ہے۔ معائے مستقیم اور حوضی قولون کے مقام اتصال پر ایک ٹری شکل یا مصراع ہوتا ہے، اور یہاں کا عضلی نظام اکثر مضیق ہوتا ہے، اور ولفی طور پر عامہ کی طرح فعل کرتا ہے (شکل ۱۲۱)۔ غدہ قدامیہ کے قاعدہ سے اوپر (شکل ۱۲۱) معائے مستقیم کی مقدم دیوار اوپر اور نیچے کے حصوں کے مقام اتصال پر رورہ کے درونہ میں ششک دار ہوتی ہے جس سے ایک مستعرض ششک (transverse fold) بنتا ہے۔ اس کو اکثر ہوسٹن (Houston) کے نام سے منسوب کیا جاتا ہے جس نے اس کا ذکر کیا تھا۔ مستقیم ششک یا مصراع رلیج خاص کر جبکہ رورہ خالی ہو بوجی (bougie) یا جفٹہ کی لمبی نلی کے داخل ہونے میں رکاوٹ پیش کرتے ہیں، لہذا ان کا مصل ذہن نشین رکھنا چاہئے۔

546

اس کے عروق میں اور خاص کر اس کے زیرین حصہ کی وریدوں میں دوالی نما اور توسع ہو جانے کی طرف رجحان ہوتا ہے جس سے باسور بن جاتے ہیں۔ بواسیر کے رجحان کی کینڈر تو جیہ معائے مستقیم کے محل کے نیچا ہونے اور واپس جانے والی وریدوں پر سخت براز کے دباؤ کا اثر پڑنے اور نیز اس امر سے ہوتی ہے کہ وریدی خون کا کچھ حصہ نظامی نظام (systemic system) (داخلی حرقنی ورید) کے راستہ سے اور کچھ حصہ باہی نظام (portal system) (تحتانی ماسارقی ورید) کے راستہ سے واپس ہوتا ہے۔ معائے مستقیم باہی تنے (portal trunk) کے اس تعلق کی وجہ سے جو زیادہ وسیع نہیں ہوتا بعض اوقات امتلا کی بہت سی قسموں میں جو اس ورید میں واقع ہوتی ہیں حصہ لیتی ہے۔ معائے مستقیم کی وریدیں شدید تنفسی کوششوں سے بھی متاثر ہوتی ہیں۔ معائے مستقیم کے زیرین حصہ یعنی بروں باریطونی حصہ میں جس کا طول ۳ تا ۴ انچ ہوتا ہے عروق کی ترتیب عجیب ہوتی ہے۔ اور یہ اس قسم کی ہوتی ہے کہ اس سے دوالیت (varicosity) کی تائید ہوتی ہے۔ ثریا میں "عضلی طبقات میں سے مختلف لیولوں پر گزرنے کے بعد اس قطعہ میں طوی رخ اختیار کر لیتی ہیں اور

متوازی خطوط میں زیر مخاطی طبقہ کے اندر رودہ کی کوہر تک چلی جاتی ہیں۔ نیچے کی طرف کو جاتی ہوئی یہ ایک دوسری سے تھوڑے تھوڑے فاصلہ پر ربط پیدا کر لیتی ہیں، اور سوراخ مبرز کے نزدیک یہ ایک دوسری سے آزادانہ تعلق رکھتی ہیں۔ اور یہاں یہ تمام شریانیں معتد بہ جسامت کی مستعرض شاخوں کے ذریعہ سے آپس میں ملی ہوئی ہیں (Quain: superior hæmorrhoidal) شریانیں قتال مبرز کی زیر مخاطی بافت میں ختم ہوتی ہیں۔ اور ان سے عرقی کا لم بنتے ہیں جو مبرز تک چلے جاتے ہیں۔ وریدوں سے ایک ضغیرہ لمیار ہوتا ہے جس کی ترتیب بعینہ اسی ہوتی ہے۔ قتال مبرز کی غنائے مخاطی کے نیچے کی وریدیں معائے مستقیم کے عضلی طبقہ کو قتال مبرز سے تعلق رہا ایک انج اوپر منتقل کرتی ہیں۔ مقام اشتقاق پر ان کے مضبوط ہوجانے کا احتمال ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کے عروق لمف عضلی طبقہ کو منتقل کرنے کے بعد اس کے غلاف میں اوپر تک چلے جاتے ہیں جہاں اس کی موخر جانب پر ایک یا دو غدود ہوتے ہیں۔ یہ عروق لمف حوضی قولون کی ماساریقیات قولون کے بروں آر عروق سے مل جاتے ہیں۔ مزید براں یہ لمفی غد کے حرقی گروہ کی طرف بھی جاتے ہیں جو حوض کی جانبی دیوار پر ہوتا ہے، اور قطنی غد کی طرف بھی جاتے ہیں۔ لہذا معائے مستقیم کے زیرین حصہ کے سرطان میں یہ غد اور ان کی طرف آنے والے عروق ثانوی سرانگوں کا سب سے ابتدائی محل ہوتے ہیں۔ حوضی قولون کے عروق لمف ان غد میں جاتے ہیں جو عجز کے سامنے واقع ہوتے ہیں اور یہ ان دوسرے غد سے بھی مل جاتے ہیں جو معائے مستقیم کی ماساریقیات پائے جاتے ہیں۔

معائے مستقیم کو حسی اور حرکی اعصاب سے جو دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی قطعات سے ان کے قناظر اعصاب میں سے آتے ہیں رسد پہنچتی ہے۔ حرکی اعصاب نیچے کے دو ٹھری اور بالائی قطنی قطعات سے بھی آتے ہیں۔ یہ معائے مستقیم تک زیر معدی (hypogastric) اور حوضی (pelvic) ضغیروں میں سے ہو کر آتے ہیں تیز کے معکوس فعل کا انحصار نہ صرف ان اعصاب کے علی مالہ ہونے پر ہی

بلکہ تبریزی مرکز کی وطنی فعالیت پر بھی ہے جو جل ثنوی کی کے قطنی حصہ میں ہوتا ہے۔

معائے مستقیم کا استیصال (resection of the rectum) مکمل یا جزوی، عجانی یا شکی عجانی راستہ سے کیا جاسکتا ہے۔ بعض حالتوں میں حوضی قولون کا نیچے کا سرا نیچے لاکر رودہ سے مستاصل حصہ کے نیچے ٹانگے لگا کر سی دیا جاتا ہے۔ لیکن آج کل زیادہ تر ایک مستقل لفافنی حوضی لونی توتی (ileo-pelvic colostomy)

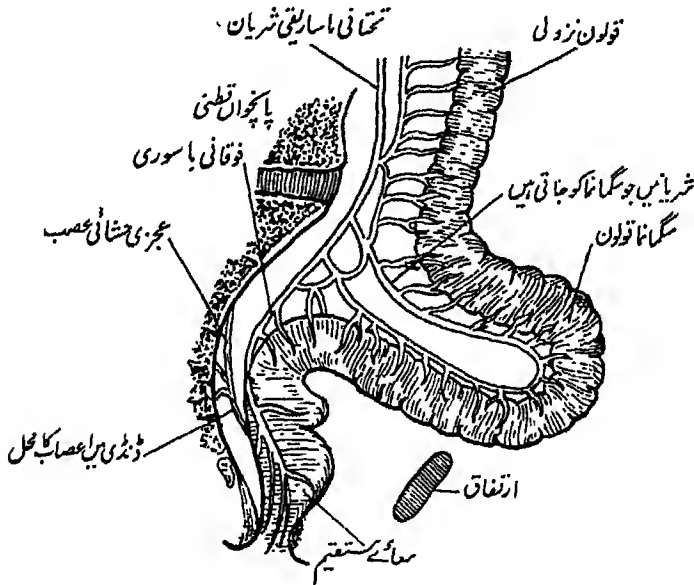
سرا انجام دیا جاتا ہے اور متحد کرنے کی کوشش نہیں کی جاتی۔ اگرچہ شکمی عجانی عملیہ سے بہتر رسائی ہو سکتی ہے اور متعلقہ لمنی غد اور حامل لفافنیں زیادہ مکمل طور پر دور کی جاتی ہیں مگر اس عملیہ کے جلد بعد کی شرح اموات عجانی عملیہ کی نسبت زیادہ ہے۔ اس لئے بہت سے جراح موخر الذکر عملیہ کو ان بالیدوں کے لئے ترجیح دیتے ہیں جو معائے مستقیم میں انگلی داخل کرنے سے چھوٹی جاسکتی ہوں۔ رودہ کے مرض زدہ حصہ کو عجانی زخم میں سے علیحدہ کرنے میں معائے مستقیم کے سامنے کی باریطونی تہ انبان کو ابتدا ہی میں عمداً کھول دینے سے زیادہ آسانی ہو جاتی ہے۔ شکمی عجانی عملیہ ان بالیدوں کے لئے مناسب ہے جو معائے مستقیم کے سب سے اوپر کے حصہ میں ہوں۔ عجانی عملیہ میں عصعص کو دور

کر دینے سے رسائی زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔ عملیہ کراسک (Kraske's operation) کی سرانجام دہی جس میں چوتھے اور پانچویں عجری فقرات کے بائیں نصف حصہ دور کر دے جاتے ہیں شاذ و نادر ہی ضروری ہوتی ہے۔ اگر یہ عملیہ کیا جائے تو تیسرے عجری عصب کو محفوظ رکھنے کے لئے خاص احتیاط کی جاتی ہے۔ ان عملیہ جات کی تفصیل کے لئے طالب علم کو عملیاتی علم الجراحات کی کتابوں کے مطالعہ کرنے کا مشورہ دینا چاہئے۔

جیسا کہ شکل ۱۲۲ سے ظاہر ہے معائے مستقیم کو دور کرتے وقت حوضی قولون کی خونی رسد کو ضرر پہنچنے کا خطرہ ہوتا ہے۔ اگر فوقانی بواسیری (superior hæmorrhoidal) شریان کو حوضی قولون کی ماساریقا کے قاعدہ پر باندھ دیا جائے تو ان شریانوں کے بندش میں شامل ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے جو بعدی حصہ کو جاتی ہیں (جے۔ ڈبلیو۔ سٹیتھ: J. W. Smith)۔

مہرز (anus)۔ مہرز کے گرد کی جلد میں کثیر التعداد شکن پائے جاتے ہیں اور

ان میں مبرز کا قرحہ یا انشقاق واقع ہو جاتا ہے۔ قنال مبرز میں معائے مستقیم کے زیرین حصہ کی غشائے مخاطی میں انتصابی شکن پائے جاتے ہیں۔ مارگینی کے کالم (columns of Morgagni)۔ جب اس قنال کو تسخ کیا جاتا ہے تو یہ غائب ہو جاتے ہیں۔ اور پرانہ سالی میں یہ کم واضح ہوتے ہیں۔ جیسا کہ شکل ۱۱۵ اور ۱۲۱ میں ظاہر کیا گیا ہے یہ مستون چھوٹے بچھوٹے مستعرض شکنوں یا مصرعوں کے حلقہ پر ختم ہو جاتے



شکل ۱۲۲۔ حوضی قولون اور معائے مستقیم کی شریانی رسد کی ارتقائی توضیح۔  
(وینگٹ ٹوڈ: Wingate Todd)۔

ہیں۔ شکن یا مصاریع مبرز یا مصاریع (anal valves) کہلاتے ہیں۔ اور داخلی عاصہ کے زیرین کنارے کے مقابل واقع ہوتے ہیں۔ جب مبرز بند ہوتی ہے تو اس کی غشائے مخاطی میں بھی جو اس کا استر ہوتی ہے اور مطبق سرحد سے پوشیدہ ہوتی ہے

شکل پیدا ہو جاتے ہیں جو اوپر کی طرف کو مبرزی مصاریع تک چلے جاتے ہیں۔ مبرزی مصاریع بر معائے مستقیم کے زیر ترین حصہ یعنی قنال مبرز کا ستونی مرحلہ مبرز کی غشاء کے مخاطی کے متطبق مرحلہ سے مل جاتا ہے۔ یہ مصاریع اس مقام کو ظاہر کرتے ہیں جہاں دوران نمو میں معائے مستقیم کا آخری حصہ مبرز اولی کے نشیب میں کھلتا تھا۔

جب قنال مبرز بند ہوتی ہے تو کالم اور مصاریع مل جاتے ہیں، اور مہمہ مبرز کی ذی استطاعت بنادیتے ہیں۔ یہ مصاریع بعض اوقات مسدود کے گزرنے سے دریدہ ہو جاتے ہیں اور اس طرح جو دریدگی پیدا ہو جاتی ہے اس سے مبرز کا انشقاق (fissure) پیدا ہو جاتا ہے (بال: Ball)۔ ان قروح کا انتہائی درد ان کے قاعدہ پر عصبی ریشوں کے معرا ہو جانے سے اور عضلہ عامرہ کے مسلسل انقباض سے جس کو ان سے تخریک پہنچی ہے پیدا ہوتا ہے۔ حکمتہ المبرز (pruritis ani) کے ۹۰ فی صدی واقعات میں قنال مبرز کی موضوع دیوار میں مبرزی مصاریع کے قریب ایک چھوٹا سا قرعہ ہوتا ہے (ایف۔ سی۔ ویلس: F. C. Wallis)۔ قرعہ کے قاعدہ کا استیصال کرنے سے جس سے عامرہ کا تھوڑا سا حصہ کٹ جائے، یا مبرز کو زور سے تنسح کرنے سے تاکہ قرعہ کا قاعدہ پھٹ جائے، اور خلل انداز عضلہ کا فعل کچھ عرصہ کے لئے مشغول ہو جائے اس کا علاج کیا جاسکتا ہے۔

غیر منقبت مبرز (imperforate anus) معائے مستقیم کا نہایت ہی کثیر الوقوع خلقی نقص ہے۔ یہ حالت ایقاف نمو کو ظاہر کرتی ہے۔ مبرز کا ٹکون ایک دھرا عمل ہے۔ پہلا عمل عجان سے ایک دروں بالید کی پیدائش کا ہے اور دوسرا امعاء سے ایک زیر بالید کی پیدائش کا۔ یہ دونوں اجزاء مبرز کی نشیب کے بالائی سرے پر مل جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے ربط پیدا کر لیتے ہیں۔ غیر منقبت مبرز کے بہت سے واقعات میں براز کے آزادانہ اخراج کے لئے صرف ایک پتلے سے مبرز کی غشاء کے کاٹنے کی ہی ضرورت ہوتی ہے۔ مگر بعض واقعات میں یہ نقص بہت زیادہ ہوتا ہے۔ قنال مبرز موجود نہیں ہوتی۔ اور بعض اوقات معائے مستقیم تک بھی مکمل طور پر نابود ہوتی ہے۔ ایسی حالتوں میں معائے مستقیم کا لڑکوں میں مجری بول سے اور لڑکیوں میں فوجی درز سے

رابطہ و راہ در کثرتا قلیل الوقوع نہیں ہوتا۔ یہ ربط کسی جینیئی حالت کے برقرار رہنے سے ظہور پذیر ہوتا ہے۔ شکل ۱۲۳ میں ارتسائی توضیح سے وہ طریقہ ظاہر کیا گیا ہے جس سے معائے مستقیم دار العجائب کے غیر منقبت مبرز کے ۴ نمونہ جات میں ختم ہوئی تھی۔ ان میں سے نصف سے زیادہ نمونہ جات میں۔ جو سب کے سب مردانہ تھے۔ معائے مستقیم غدہ قدما کے زیرین حصہ پر آکر ختم ہوتی تھی۔ لڑکیوں میں یہ ہبل کے کسی مقام پر بھی ختم ہو سکتی ہے



شکل ۱۲۳۔ شکل اس طریقہ کو ظاہر کرتی ہے جس سے معائے مستقیم غیر منقبت مبرز کے ۴ واقعات میں لڑکوں میں ختم ہوئی تھی۔

551 یا فرجی رز میں کھل سکتی ہے۔ مبرز اولیٰ کا انغداد (proctodæal invagination) جو قنات مبرز کیلئے ہوتا ہے بعض اوقات ناقص التکون یا عیدیم الوجود ہوتا ہے لیکن ایک عاصرو ہمیشہ موجود ہوتا ہے۔

See Keith Brit. Med. Journ., Dec. 1908. لے

## حوض اور عجان کے اعصاب

حوضی احتشاء کو حوضی ضغیرہ اور اعصاب مشار کی سے رسد پہنچتی ہے۔ اس رسد میں کم از کم آخری تین شوکی اعصاب یعنی دوسرے تیسرے اور چوتھے عجزی اعصاب بھی شامل ہو جاتے ہیں۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ مثانہ، معائے مستقیم اور غدہ قدامیہ وغیرہ کے بعض عوارض میں عجان پر اور قضیب میں اور مرن پر اور ران میں درد محسوس ہوتا ہے۔ ان حصوں کو حیاتی (pudic) اور صغیر نسائی (small sciatic) اعصاب سے رسد پہنچتی ہے۔ اور درد محسوس ہونے کی توجیہ اس امر سے ہوتی ہے کہ ان اعضا کے حسی اعصاب جبل شوکی کے ایک ہی اور ہم پہلو قطعات اور عصبی مراکز سے نکلتے ہیں۔ معائے مستقیم کے اوپر کے حصہ میں بہت کم حس موجود ہوتی ہے جیسا کہ اوزاروں کے گزرنے اور امعاء کے اوپر کے حصہ میں جھبٹ اور دوسری بالیدوں سے نسبتاً کم درد پیدا ہونے اور سخت براز سے روده کے متہدد ہونے سے کم تکلیف محسوس ہونے سے ظاہر ہوتا ہے۔ اسی عدم حسیت کی وجہ سے غالباً ایسا ہوا ہے کہ مریضوں نے خود حقنہ کرتے وقت غلی معائے مستقیم میں سے کہنہ باریطون میں داخل کر لی ہے۔ بخلاف اس کے قزال مبرز نہایت حساس ہوتی ہے۔ طبعی طور پر جیسا کہ اوپر بیان کیا جا چکا ہے معائے مستقیم کی مزی وہ احساس پیدا کرتی ہے جس سے تبرز کا عمل شروع ہوتا ہے۔ اگر تبرز یا تندہ کے ساتھ عضلی تشنج موجود ہو تو شدید درد پیدا ہوتا ہے جس کی تعین بخوبی نہیں کی جاسکتی۔

552

مبرز اور مثانہ کی گردن کے باہمی تعلقات بہت قریبی ہوتے ہیں۔ مبرز کے درد خیز عوارض سے اکثر مثانہ کی تکلیفیں پیدا ہو جاتی ہیں، اور بواسیر کے علیہ کے بعد احتباس بول بہت عام ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جو عوارض مثانہ کی گردن کو لاحق ہوتے ہیں ان میں اکثر تاسیر (tenesmus) اور بے چینی پائی جاتی ہے۔ ان حصوں کا تعلق جبل شوکی کے مشترک فعلی مراکز سے حوضی ضغیرہ کے ذریعہ سے قائم رہتا ہے، مگر زیادہ حد تک جو تھا عجزی عصب اس تعلق کو برقرار رکھتا ہے۔ یہ عصب مثانہ کو براہ راست



خاص شاخیں بھیجتا ہے۔ اور پھر مبرز کے عضلات (عاصرو اور رافعو) کو اور مبرز اور عصب کے درمیان کی جلد کو رسد پہنچانے کے لئے آگے بڑھ جاتا ہے۔

مجری بول کی غشائے مخاطی اور قضیب کے عضلات کو اور قضیب، خصیہ، عجان اور مبرز کی جلد کے زیادہ تر حصہ کو دوسرے تیسرے اور چوتھے مجری قطعاً حیاتی (pudic) عصب کے ذریعہ سے رسد پہنچاتے ہیں۔ چنانچہ اب یہ سمجھ میں آجائے گا کہ اگر مجری بول میں خراش پیدا کی جائے تو اس سے قضیب کی استدادگی کا امکان ہوتا ہے جیسا کہ سوزاک میں نوعاً مولم (chordee) سے ظاہر ہوتا ہے، یا اس سے مبالغہ عضلات میں انقباض پیدا ہو جاتا ہے (جیسا کہ بعض اقسام کے تشنجی تغیرات میں پایا جاتا ہے)۔ کم عمر بچوں میں غلغلہ کے نیچے افراز کے جمع ہو جانے سے جو غلغلہ واقع ہوتا ہے وہ بعض اوقات اس عضو کی بہت سی خراش پذیری کا باعث ہوتا ہے۔ اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ عجان اور مبرز کے درخیز عوارض میں نوعاً مستمر (priapism) بھی پایا جاسکتا ہے۔

صغیر نسائی (small sciatic) عصب کے ذریعہ سے تیسرے مجری قطعہ کے عجان میں تقسیم ہونے سے اس درد کے سرین اور ان کے تمام پچھلے حصہ پر محسوس ہونے کی توجیہ کی جاسکتی ہے جس کی شکایت عجانی خراج کے پیدا ہونے اور صفن کے درخیز عوارض کے دوران میں اکثر کی جاتی ہے۔ یہ عصب حدیبیہ ورکی (tuber ischii) کے عین سامنے سے گذرتا ہے اور سخت نشست کے استعمال سے اس پر دباؤ پڑنے سے بعض اوقات قضیب اور صفن کا ایک طرفہ وجع العصب پیدا ہو جاتا ہے۔ مزید برآں یہ عصب ورکی درجہ سے بھی قریبی تعلق رکھتا ہے، اور اس درجہ کے التهاب کے واقعات میں انہی حصوں کا وجع العصب پایا جاسکتا ہے۔

خصیہ کو زیادہ تر دسویں ٹھہری قطعہ سے منوی ضغیرہ کے ذریعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ گردہ کو بھی کی قدر رسد اس قطعہ سے پہنچتی ہے۔ اور اس امر کی توجیہ خصیہ کے وجع العصب کے دوران میں کلوی خطہ میں درد محسوس ہونے، اور گردہ کے بعض عوارض مثلاً حاملہائے کلیہ اور کلوی حصیات کے گذرنے کے دوران میں خصیہ میں درد محسوس ہونے، اور اس کی بہت سی بازکشی سے (جو ان حالتوں میں دیکھنے میں آتی ہے) ہوتی ہے۔ کلوی

ضغیرہ کے ذریعہ سے خصیہ براہ راست نیم قمری عقدہ (semilunar ganglia) اور ششہ (solar) ضغیرہ سے تعلق رکھتا ہے جن میں عصب تائیہ (vagus) کے بعض انتہائی ریشے آکر ملتے ہیں۔ اس تعلق سے اس ہبوط عظیم کی جو خصیہ کی ناگہانی چوٹوں میں دیکھنے میں آتا ہے اور خاموئی کرنے کے اس نمایاں رجحان کی جو ایسے ضررات میں پایا جاتا ہے تو جیہ ہو سکتی ہے۔ جہاں تک خصیہ کے اعصاب کا تعلق ہے یہ حکم کے عظیم عصبی مرکز سے اتنا ہی قریبی تعلق رکھتا ہے جتنا کہ معائے صغیر کا بہت ماحصہ۔ اور اگر خصیہ دفعۃً کچلا جائے تو انہی شدید عمومی علامات کے پیدا ہونے کی توقع رکھنا چاہئے جو کسی فتق میں لفافتی کے پھنس کر رہ جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ علامات کی یہی مشابہت پریکٹس میں فی الحقیقت دیکھنے میں آتی ہے۔

# حصۃ پنجم - جارجہ السفلی

554

## باب بست و دوم کولے کا خطہ

(THE REGION OF THE HIP)

اس خطہ کا ذکر مندرجہ ذیل عنوانات کے تحت کیا جائے گا:-

- ۱۔ سیرین (buttocks) -
- ۲۔ فخذی (سکارپا کی Scarpa's) مثلث کا خطہ -
- ۳۔ کولے کا جوڑ معہ فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ کے -

### ۱۔ سیرین

(BUTTOCKS)

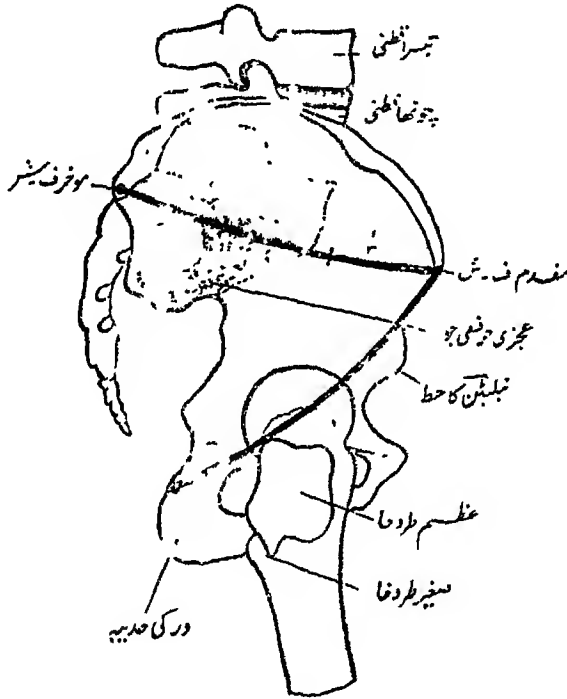
سطحی تشریح - اُلوی خطہ (gluteal region) کے عظمی نقاط پنجویں شناخت کیے جاسکتے ہیں۔  
 سرخشی کا عرف (crest) اور مقدم قوتانی شوکہ (anterior superior spine) دونوں

واضح ہوتے ہیں۔ موخر فوقانی شوکہ (posterior superior spine) کم نمایاں ہوتا ہے، مگر عرف کا اس کی اپنی موخر انتہا تک تعاقب کرنے سے باسانی محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ شوکہ دوسرے عجری شوکہ کے لیول پر ہوتا ہے، اور عجری حرقی مفصل کے مرکز کے عین پیچھے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۴)۔ عظیم طروخا (great trochanter) ایک واضح امتیازی نشان ہے۔ اور یہ عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کے روائی انتہی سے پوشیدہ ہوتا ہے۔ اس کا بالائی کنارہ کولے کے جوڑ کے مرکز کے لیول پر ہوتا ہے اور عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے وتر سے کسی قدر پوشیدہ ہوتا ہے جو اس کے اوپر سے گذرتا ہے۔ زندہ موضوع میں طروخا کے نسبتاً کم مرتفع ہونے کا انحصار جبکہ اس کا مقابلہ اس عظیم مرمیہ سے کیا جاتا ہے جو پنجر میں اس سے بنتا ہے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) اور صغیرہ (minimus) کے اس خلا کو مکمل طور پر پُر کرنے پر ہوتا ہے جو اس طروخا اور حرقہ کے درمیان ہوتا ہے۔ جب یہ عضلات مذبول ہو جاتے ہیں تو یہ زائدہ بہت نمایاں ہو جاتا ہے۔ شمیم افراد میں اس کا محل ایک چھوٹے سے گرو واضح نشیب سے جو کولے کے جوڑ کے اوپر ہوتا ہے ظاہر ہوتا ہے۔

ورکی حدیبہ جات (ischial tuberosities) باسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جب کولہ لاسطہ کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو یہ عضلہ الویہ کبیرہ کے لحمی ریشوں سے پوشیدہ ہوتے ہیں، لیکن جب یہ خم کردہ ہوتا ہے تو یہ زائدے ایک بڑی حد تک اس عضلہ کے نیچے سے باہر نکل آتے ہیں۔

ان عظمی نقاط کی رہنمائی سے بہت سے سطحی تشریحی امتیازی نشانات متعین کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۲۵)۔ چنانچہ فوقانی الوی (superior gluteal) شریان عضلہ کشریہ (pyriformis) کے اوپر سے عظیم نسائی کٹاؤ (great sciatic notch) میں سے نکلتی ہے۔ اور اس خط کے اندرونی (بالائی) اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر پائی جاسکتی ہے جو حرقہ کے موخر فوقانی شوکہ کو عظیم طروخا سے ملاتا ہو جبکہ ران اندر کی طرف کو گردش کئے ہو۔ موخر فوقانی شوکہ سے جو خط حدیبہ کی کے بیرونی حصہ تک کھینچا جاتا ہے وہ موخر تحتانی اور ورکی (نسائی) دونوں شوکہ جات

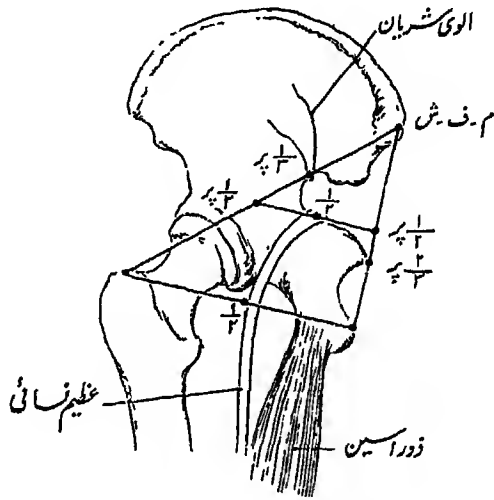
کو کاٹتا ہوا گزرتا ہے (شکل ۱۲۵)۔ قبل الذکر شوکہ موخر فوقانی شوکہ سے ۲ انچ نیچے ہوتا ہے۔ اور موخر الذکر اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر واقع ہوتا ہے۔ نسائی (sciatic) شریان الوی خط میں اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی



شکل ۱۲۴۔ یہ شکل اس خط کو ظاہر کرتی ہے جس کا استعمال نیلین (Nelson) نے فحذی کی بالائی غیر وضعت کو معلوم کر کے لے کیا تھا۔ اور یہ ایک اور خط کو ظاہر کرتی ہے جو عجری حوضی جوڑ کے ترخان کے محل کو ظاہر کرتا ہے۔

مقدم ف۔ش۔ مقدم فوقانی شوکہ حوضی کا۔ موزف۔ش۔ موخر فوقانی شوکہ حوضی کا

- 556 حصوں کے مقام اتصال پر داخل ہوتی ہے۔ داخلی حیائی (internal pudic) شریانی  
عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کا عصب اور حیائی (pudendal)  
عصب ورکی شوکہ پر سے گذرتے ہیں۔ اور اس لئے یہ آسانی سے مل بھی جاتے ہیں۔  
عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا ٹھہر میں مندرجہ ذیل طریقہ  
557 سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ موخر فوقانی شوکہ (۱) اور عظیم طر و خا (ب) اور حدیبہ ورکی



شکل ۱۲۵ عظیم نسائی عصب کے خط کو ظاہر کرتی ہے۔  
م. ف. ش. - موخر فوقانی شوکہ۔

(ج) کو ملا کر ایک مثلث بناؤ۔ (ا ب) اور (ا ج) کی (د) اور (س) پر تنصیف کرو اور  
(د) اور (س) کو خط سے ملاؤ۔ یہ عصب عظیم نسائی کٹاؤ میں سے عضلہ کٹیریہ (pyriformis)  
کے نیچے سے (د س) خط کے نقطہ وسطی پر نکلتا ہے۔ یہاں سے یہ عضلہ سادہ داخلہ  
(obturator internus) عضلات توامیہ (gemelli) اور عضلہ فخذیہ مربعیہ  
(quadratus femoris) کو عبور کر کے (ب ج) خط کے نقطہ تنصیف تک پہنچ جاتا ہے۔

اس کے بعد یہ ذوراسین (biceps) کے نیچے سے ران میں چلا جاتا ہے۔ یہ نشانات شکل ۲۵ کو دیکھنے سے بخوبی سمجھ میں آجائیں گے۔

اس امر کا فیصلہ کہ آیا فخذی کی گردن یا اس کے سر میں ضربی یا امراضیاتی قصر واقع ہو چکا ہے ان کا شفا سے بآسانی کیا جاسکتا ہے جن میں ان عظمی نقاط سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ فخذی کا فوق طروخی قصر مندرجہ ذیل طریقوں میں سے کسی ایک سے ظاہر کیا جاسکتا ہے۔ (۱) نیلیٹن (Nélaton) کا خط۔ مقدم فوقانی شوک سے حدیبہ ور کی تنگ جو خط کھینچا جائے اسے عظیم طروخی نوک پر سے گزرنا چاہئے۔ اگر موخر الذکر اس کے اوپر ہو تو فخذی کی گردن یا اس کے سر میں قصر واقع ہو چکا ہے۔ (۲) برائینٹ (Bryant) کی مثلث۔ عظیم طروخی نوک سے جو خط طو ان عمودوں سے زاویہ قائمہ پر کھینچے جائیں جو مقدم فوقانی شوک سے اس کو چ پر گئے جائیں جس پر مریض تکیہ لگائے لگتا ہے، ان کو دونوں جانب پر طول میں متماثل ہونا چاہئے (۳) چیئن (Chiene) کے متوازی خطوط۔ ایک مقدم فوقانی شوک سے لیکر دوسرے تنگ جو خط کھینچا جائے اسے اُس خط کا متوازی ہونا چاہئے جو ایک طروخی نوک سے دوسرے کی نوک تک کھینچا جائے۔ اگر یہ مستقیم ہوں تو یہ فرض کرنے کے لئے کافی وجہ ہے کہ تنگ جانب پر فوق طروخی قصر موجود ہے۔ (۴) مک کورڈی (McCurdy) کا خط عانی شوک سے جسم کے خط وسطی سے زاویہ قائمہ پر کھینچا جاتا ہے۔ اگر فخذی اپنی طبعی وضع پر ہو تو عانی خط کو عظیم طروخی پر سے یا اس سے عین اوپر سے گزرنا چاہئے (شکل ۱۲۶)۔ اس خط کا نقطہ وسطی فخذی کے سر کے زیرین حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے۔ ان تمام پیمائشوں میں عظیم طروخی کے الفاظ سے اس فراز کی نوک مراد لی جاتی ہے۔ اور حدیبہ ور کی سے اس حدیبہ کا نمایاں ترین یعنی موخر خارجی حاشیہ مطلب لیا جاتا ہے۔

مرکز کا عضلانی تودہ پیچھے سے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) سے اور آگے سے عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور عضلہ الویہ صغیرہ (gluteus minimus) اور عضلہ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) سے بنتا ہے موخر الذکر عضلہ اپنا فعل کرنے کی حالت میں یعنی جبکہ ران حالت تعیند میں اور اندر کی طرف کو

گھومی ہوئی ہو دیکھا جاسکتا ہے۔

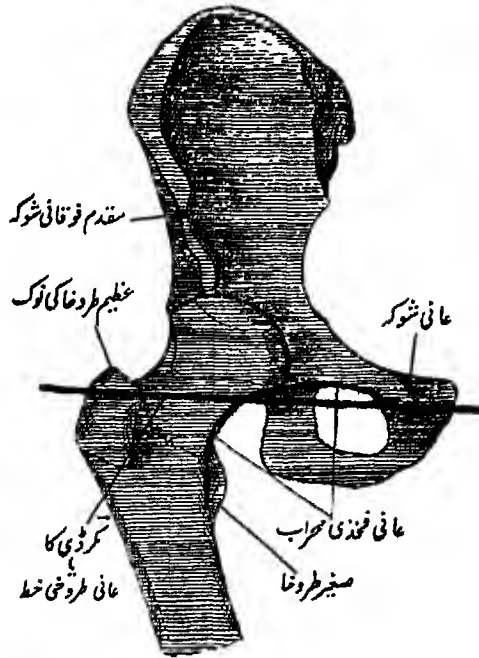
سرین کا شکن عضلہ الویہ کبیرو کے زیرین کنارہ کو جو ترجھا واقع ہوتا ہے عبور کرتا ہے۔ جب کو لا مکمل بسط کردگی کی حالت میں ہو جیسا کہ سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو سرین گول اور نمایاں ہوتے ہیں، اور الویہ شکن مستعرض اور بہت واضح ہوتا ہے۔ جب کو لا ذرا خم کردہ ہو تو سرین چھپے ہو جاتے ہیں اور الویہ شکن ترجھا ہو کر غائب ہو جاتا ہے۔ کولے کے جوڑ کے مرض کے ابتدائی علامات میں سے سرین کا چپٹا پن اور الویہ شکن کا فقدان بھی ہیں۔ ان امارات کا انحصار کولے کی خم کردگی پر ہوتا ہے جو علاج سے پیشتر اس عارضہ کے ہر ایک مریض میں تقریباً ہمیشہ موجود ہوتی ہے۔ بہر حال کولے کے مرض کے تمام واقعات میں اور نیز صادق عرق النساء (sciatica) کے بہت سے مریضوں میں الویہ عضلات بہت جلد لاغر ہو جاتے ہیں۔

سرین کے اوپر کی جلد موئی اور کمزوری ہوتی ہے اور اس میں دمل اکثر پیدا ہوتے ہیں۔ اس کی زیر جلدی ردا ڈھیلی ڈھالی ہوتی ہے اور اس میں بہت سی چربی موجود ہوتی ہے۔ سرینوں کی گولائی اور ان کے ابھار کا انحصار عضلی نموک کی نسبت زیادہ تر اسی چربی پر ہوتا ہے۔ "تو تنوتوتی زہرہ" (Hottentot Venus) کے نہایت عظیم الجسامت سرینوں کے غیر معمولی ابعاد کا انحصار جن کا نمونہ بہت سے عجائب خانوں میں پایا جاتا ہے زیر جلدی چربی کے بہت بڑھ جانے پر ہوتا ہے۔ اس حصہ میں شحمی بافت کی جو مقدار موجود ہوتی ہے اس کی وجہ سے سرین شحمی سلعات کے لئے ایک موزوں جگہ ہیں۔ سطحی ردا کے ڈھیلے پن کے باعث خون اور پیپ دونوں کے بڑے بڑے انصبابت الویہ خصلہ میں واقع ہو جاتے ہیں۔

سرین کی عمیق ردا جو روائے عریض (fascia lata) کا ایک حصہ ہے بہت عظیم الاہمیت ہے۔ یہ کشیف غشا اوپر کی طرف حرقعی عرف (iliac crest) اور بحجری اور عقیص سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ سامنے کی طرف عضلہ الویہ وسطی (gluteus medius) پر سے اترتی ہوئی عضلہ الویہ کبیروہ (gluteus maximus) کی اندرونی کور پر پہنچ کر دونوں میں تقسیم ہو جاتی ہے، جن میں سے ایک اس عضلہ کے اوپر سے اور ایک



اس کے نیچے سے چلی جاتی ہے۔ اس لئے عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) ردا کی دو تہوں میں بند ہوتا ہے، اور دونوں چھوٹے الویہ عضلات ایک عظمی صفاقی فضا میں محصور ہوتے ہیں جو اوپر کی طرف سے مضبوطی سے بند ہوتی ہے، اور صرف نیچے کی طرف سے



شکل ۱۲۶۔ یہ شکل یہ ظاہر کرتی ہے کہ عانی شوک (درند) اور عظیم پردغی کی نوک دونوں ایک ہی افقی مستوی پر واقع ہوتے ہیں (مکر ڈی کا)۔ نیز فخذی کی گردن کے زیرین کنارہ اور سورخ ساد کے اندرونی کنارہ سے ایک مسلسل محراب (شینٹن کی محراب : Shenton's arch) بنتی ہے جبکہ فخذی کے تعلقات طبعی ہوں۔

560 ران کی جانب پر اور اندر کی طرف سے نسائی سوراخ پر کھلی ہوتی ہے۔ خون کی وعا بدزیاں اس ردا کے نیچے واقع ہو سکتی ہیں اور جلد کی رنگت میں کوئی تغیر پیدا نہیں ہوتا جو ان کے وقوع پر دلالت کرے۔ اور خون اس کثیف غشا میں سے گذر کر سطح تک نہیں آسکتا ایسی وعا بدزیاں مدت تک محسوس رہتی ہیں اور چونکہ ان میں تموج پایا جاتا ہے اس لئے یہ غلطی سے خراج تصور کی جاسکتی ہیں۔

اس ردا کے نیچے عمیق الٹہاب واقع ہونے سے خاصکر جبکہ یہ عضلہ الویہ وسطیہ (gluteus medius) کے نیچے واقع ہو بہت درد پیدا ہوتا ہے، کیونکہ الٹہابی انصباب دو دیواروں کے درمیان محسوس رہتے ہیں جن میں سے ایک طرف تو ہڈی کی دیوار ہوتی ہے اور دوسری طرف کثیف ردا اور مضبوط عضلہ کی۔ ایسے محسوس خراجات سطح تک پہنچنے سے پیشتر ران کے نیچے کی طرف ایک معتد بہ فاصلہ تک چلے جاتے ہیں۔ اور فیرا بوف (Farabeuf) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جس میں ایک الویہ خراج پھٹنے سے پہلے نکلے تک چلا گیا تھا۔ بعض حالتوں میں الویہ خراج نسائی سوراخوں میں سے گذر کر حوض میں جاسکتا ہے یا حوضی خراج ان میں سے کسی ایک سوراخ میں سے نکل کر میرن کے عمیق خراج کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔

561

ردائے عریض کا وہ موٹا حصہ جو جارج کے بیرونی حصہ پر حرقف کے عرف (۵۰) اوپر کی طرف ہوتا ہے اور قصبیہ (tibia) کے بیرونی حدیبہ اور شظیہ (fibula) کے سر (۵۰) نیچے کی طرف ہوتے ہیں کے درمیان ہوتا ہے صرقفی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کہلاتا ہے۔ یہ بند حرقفی عرف اور عظیم طر و خا کے درمیان خلا پر خوب تنیدہ ہوتا ہے اور اگر ان دونوں مقامات کے درمیان انگلیوں سے دباؤ ڈالا جائے تو ردا کے اس حصہ کی مزاحمت بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ یہ ظاہر ہے کہ عظم فخذی کی گردن کے کمر میں جب عظیم طر و خا کو عرف کے نزدیک کیا جائے گا قویہ بند ڈھیلا ہو جائیگا۔ یہ مشاہدہ عظم فخذی کے گردن کے کمر میں مفید ثابت ہو سکتا ہے۔

عضلہ الویہ کبیرہ (gluteus maximus) کی زیرین آزاد کور زخمی ہوتی ہے اور میرن کے شکن کے مستعرض خط سے کچھ نیچے ختم ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ یہ عظیم الجسامت

عضلہ بھی لگا ہے گا ہے چوٹ سے مشتق ہو جاتا ہے۔

عظیم طروخا کے اوپر کم از کم تین درجہ کی (bursæ) پائی جاتی ہیں جو اس زائدہ کو تین الوی عضلات سے فرداً فرداً علیحدہ کرتی ہیں۔ ان میں سے وسیع ترین وہ ہوتی ہے جو عضلہ الویہ کبیرو (gluteus maximus) کے منتہی (جو حرقی قصبیتی بند پر ہوتا ہے) اور عظیم طروخا کی بیرونی سطح کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ درجہ عظیم طروخا کو ران کی گرد کے دوران میں اس عضلہ کے نیچے آزادی سے حرکت کرنے دیتی ہے۔ جب یہ تاجہ ملہتب ہو جاتا ہے تو جارحہ کو حرکت دینے میں بہت تکلیف ہوتی ہے، اور ران عموماً خم کردہ اور مستقیم رہتی ہے۔ اس وضع کا فائدہ یہ ہے کہ جہاں تک الوی عضلات کا تعلق ہے جارحہ کو حرکت سے مطلق سکون حاصل ہو جاتا ہے، اور یہ عضلات جب فعل کرتے ہیں تو جارحہ کو بسط کردگی اور زنجیر کی حالت میں لے آتے ہیں، اور اس طرح ایلم دیسک پر دباؤ ڈالتے ہیں۔

ور کی حدیبہ (ischial tuberosity) پر بھی ایک درجہ ہوتی ہے جو ان اشخاص میں ملہتب ہو جاتی ہے جن کو اپنے مشاغل میں بیٹھنے کی بہت ضرورت ہوتی ہے۔ اور اس وضع میں درجہ پر براہ راست دباؤ پڑتا ہے۔ یہ تاجہ اس مرض کا شریخی اساس ہے جو قدیم کتابوں میں "سرن بافندہ" (weaver's bottom) یا "سرن طراح" (lighterman's bottom) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ جب یہ درجہ ٹی ہو جاتی ہے تو یہ بعض اوقات تحتانی حیائی (inferior pudendal) (موخر فخذی جلدی کی بجائی شاخ) پر دباؤ ڈالتی ہے۔

562

سرن کی شریانیں اور اس کے اعصاب۔ فوقانی الوی شریان (superior gluteal artery) اتنی ہی بڑی ہوتی ہے جتنی بڑی کہ زندی (ulnar) شریان۔ اور نسائی (sciatic) (تحتانی الوی: inferior gluteal) اتنی ہوتی ہے جتنی کہ لسانی (lingual) قبل الذکر کی جسامت بعض اوقات بہت ہی بڑی ہوتی ہے، اور اس کے زخمی ہونے سے زلف سے موت جلد واقع ہو چکی ہے۔ الوی عروق میں سے صرف اسی شریان کی شاخیں زخمی ہوتی ہیں، کیونکہ اصلی تنے کا زیادہ تر حصہ حوض کے اندر واقع ہوتا ہے۔ الوی نورسما پہلے بہت قلیل الوقوع نہیں تھے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ

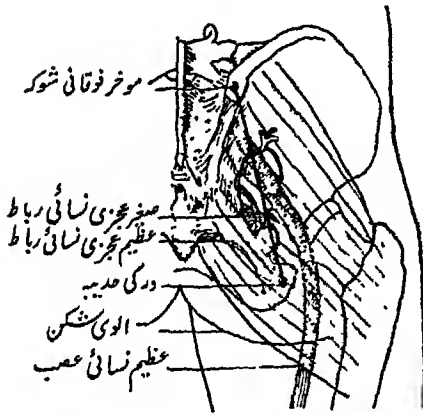
الوی شریان، یا یہ زیادہ صحیح ہوگا کہ دھسلی حرقنی (زیر معدی) تنا معائے مستقیم میں سے مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ الوی اور نسائی شریانیں دونوں ان کے مری پر براہ راست شکاف دینے سے سرین میں باندھی جاسکتی ہیں۔ شاذ و نادر واقعات میں نسائی عصب کی رفیق شریان بعض اوقات فحزی شریان کی جسامت اور اس کے وظائف اختیار کر لیتی ہے۔

نسائی عصب (sciatic nerve) عجمی ضیفو کے بڑے حصہ کا ایک تسلسل ہے جو نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے (شکل ۱۲۵ و ۱۲۷)۔ اس عصب میں وہ وجع العصب جو عرق النسا (sciatica) کے نام سے موسوم ہے واقع ہوتا ہے۔ اس عصب کے قریبی تعلقات کا مطالعہ کرنے سے یہ ظاہر ہو جائے گا کہ یہ بہت سے خارجی اثرات کے لئے معرا ہوتا ہے۔ چنانچہ حوض میں یہ حوضی سلمہ کے مختلف اقسام سے دب سکتا ہے، اور اس طرح عرق النسا (sciatica) پیدا ہو سکتا ہے۔ معائے مستقیم میں براز کے مجتمع ہونے سے اس عصب پر دباؤ پڑ سکتا ہے اور وجع العصب پیدا ہو سکتا ہے۔ نیز یہ بھی کہا جاتا ہے کہ پیچیدہ اقسام کے وضع حل میں جنین کے سر کے دباؤ سے اسے نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور کوئلے کی شدید حرکتوں سے یہ مآؤف ہو چکا ہے۔ اور یہ وہ حالت ہے جو اس عصب اور کوئلے کے جوڑ کے قریبی تعلق کو ذہن نشین رکھنے سے کہانی سمجھ میں آجائے گی۔ مزید برآں یہ عصب سطح سے اتنا قریب ہے کہ باہر کی سردی بھی اس پر اثر ہو جاتا ہے، اور اس اثر کے ساتھ عرق النسا (sciatica) کی بہت سی قسمیں منسوب کی گئی ہیں۔

563

عصب کا اطباء (nerve-stretching) اور اس میں اثرات گہنا۔ عرق النسا (sciatica) کے علاج کے لئے نسائی (sciatic) عصب بعض اوقات شکاف دے کر معرا کر لیا جاتا ہے، اور اس کا اطباء کیا جاتا ہے۔ اس طریق کا کے سلسلہ میں یہ معلوم کر لینا ضروری ہے کہ یہ عصب اور دوسرے اعصاب جمل ٹروکی کے ٹوٹنے کے بغیر کس قدر زیادہ جوڑ کے متخل ہو سکتے ہیں۔ ٹرومبٹا (Trombetta) جس نے اعصاب کے نقطہ شکست کی طرف بہت توجہ دی ہے، یہ بیان کرتا ہے کہ مندرجہ ذیل اوزان نیچے دئے ہوئے اعصاب کو توڑ سکتے ہیں :-

- عظیم نسائی - ۱۸۳ پونڈ -  
 داخلی باہمی - (قصیدی) ۱۱۲ پونڈ -  
 مقدم ساقی (فخزئی) - ۸۳ پونڈ -  
 وسطی - ۸۳ پونڈ -  
 زیدی اور کعبی - ۵۹ پونڈ -  
 عضدی ضفیو گردن میں - ۴۸ تا ۶۳ پونڈ -  
 عضدی ضفیو بغل میں - ۳۵ تا ۸۱ پونڈ -



شکل ۱۲۷ - نسائی عصب کے بالائی حصہ کا تھکون اور اس کے تعلقات -

نسائی عصب بسط کردہ اسفل جارہ کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے تنیدہ کیا جاسکتا ہے۔ اس تدبیر سے عرق النسا (sciatica) کے بعض مریضوں کو شفا ہوگئی ہے۔

عرق النسا (sciatica) کے درو کو رفع کرنے کی غرض سے نسائی عصب میں زیر جلدی اشراب کرنے کے لئے سوئی اس طرح بھونکی جاتی ہے کہ وہ اس مقام پر عصب

میں داخل ہو جائے جہاں یہ ہڈی پر بڑے عجزی نسانی (sciatic: نسانی) کٹاؤ کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ یہ نقطہ اس رہنما خط سے بہترین طور پر معلوم کیا جاتا ہے جو موخو فوقانی شوک سے لیکر حدیبہ ور کی (ischial tuberosity) تک کھینچا جائے۔ اگر سوئی کی نوک اس خط کے وسطی اور زیرین ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال سے ۱/۴ انچ باہر کی طرف داخل کی جائے تو یہ براہ راست اس عصب کے اوپر پہنچ جاتی ہے (شکل ۱۲۷)۔ عصب یہاں عضلہ الویہ کیرو (gluteus maximus) سے پوشیدہ ہوتا ہے، اور عظم ور کی (ischium) پر عضلہ کمثریہ (pyriformis) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے درمیان واقع ہوتا ہے، جن میں سے اول الذکر اوپر اور موخو الذکر نیچے ہوتا ہے۔ دوسرے سطحی نشانات جو اس خط میں اس عصب کے ممر کو ظاہر کرتے ہیں صفحہ 555 پر دئے گئے ہیں۔

سرن کو جلدی عصبی رید کثرت سے پہنچتی ہے۔ اور اس حصہ کی لمبی حساسیت تقریباً اتنی ہی تیز ہوتی ہے جتنی کہ ہاتھ کی پشت پر کی اور یہ ایسے حصوں مثلاً گدی، ران اور پشت کے وسطی حصوں کی اسی قسم کی حساسیت سے زیادہ تیز ہوتی ہے۔ الوی جلد کا احساس قطنی اعصاب کی موخر شاخوں کے شاخچوں، بعض عجزی اعصاب کی شاخوں، آخری ٹھری عصب کی جانبی جلدی شاخ، قطنی زیر معدی (ilio-hypogastric) عصب کی قطنی (جانبی) شاخ، خارجی (جانبی) جلدی عصب کے شاخچوں، اور صغیر نسانی (small sciatic) کی بڑی بڑی شاخوں سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ اعصاب چار شوکی قطعات سے آتے ہیں یعنی بارصویں ٹھری، پہلے قطنی، دوسرے اور تیسرے عجزی سے (شکل ۱۵۸ صفحہ 669)۔

یہ یاد رکھنا چاہئے کہ سرن کی طرف سے نسانی سوراخوں (sciatic foramina) میں سے حوضی احتشاء تکسانی باسانی کی جاسکتی ہے۔ لندن ہاسپٹل (London Hospital) میں ایک مریض داخل ہوا تھا جس کے سرن پر نبطا ہر ایک معمولی سی ہول لگی تھی۔ چند دن کے بعد وہ حاد التهاب باریطون سے مرگیا، اور امتحان بعد الموت سے یہ ثابت ہوا کہ خنجر عظیم عجزی نسانی کٹاؤ میں سے گزر کر مثانہ میں داخل ہو گیا تھا، اور اس

پیشاب باریطونی کہنہ میں چلا گیا تھا۔ جنگ عظیم میں بہت سے خراب ترین شکی ضررات وہ جن میں داخلہ کا زخم سرینہ خط میں واقع تھا۔ سرینہ کی ضربوں میں معائنے مستقیم کو بھی نقصان پہنچ چکا ہے۔ اور اینگر (Anger) نے ایک مصنوعی مبرز کا حال درج کیا ہے جو سرینہ پر واقع تھا۔ اور یہ بندوق کے ایک زخم کا نتیجہ تھا جو سرینہ میں سے ہوتا ہوا اخور میں کھل گیا تھا۔ اسی راستہ سے معائنے مستقیم کے جزئی استیصال کے لئے کراسکے (Kraske) کا عملیہ وریلٹ (Rigby) کا علیہ سرانجام دیا جاتا ہے۔

## ۲۔ فخذی (سکارپا کی) مثلث کا خطہ (Scarpa's)

سطحی تشریح۔ بن ران کے خطہ کے اہم ترین اتیازی نشانات مقدم فوقانی حرقنی شوکہ، ارتفاع عانہ (symphysis pubis) عانہ کا شوکہ (درنہ)، اور اربی (پوپار کا: Poupart's) رباط با آسانی شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ مذکورہ بالا دونوں شوکوں کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 554)۔ اربی رباط (inguinal ligament) ایک منحنی خط کی نسبت کرتا ہے جو ان دونوں مریدہ جات کے درمیان کھینچا جائے اور جس کا انحداب نیچے کی طرف ہوتا ہے۔ یہ مضبوط اشخاص میں بھی محسوس کیا جاسکتا ہے اور اس کا اندرونی نصف بیرونی سے زیادہ واضح ہوتا ہے۔ اور بہت موٹے اشخاص میں بھی اس کا محل ایک خفیف سے فوجہ سے ظاہر ہوتا ہے۔ چونکہ یہ رباط روائے عریض (fascia lata) سے چسپیدہ ہوتا ہے اس لئے یہ ران کی خم کردگی اور تقریب کی حالت میں یا جب کہ اس کو اندر کی طرف گردش دی جائے ڈھیلا اور کم واضح ہو جاتا ہے۔ عانی اور مقدم فوقانی شوکوں کو جو خط ملاتا ہے اس کا نقطہ وسطی فخذی اور کوئے کے جوڑ کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس مقام پر بن ران کو عبور کرتی ہوئی اکثر ایک جھری دکھائی دیتی ہے۔

عضلہ خیاطیہ (sartorius muscle) اس وقت دکھائی دیتا ہے جب کہ لمٹانگ مقابل کے گھٹنے پر سے آڑی اونچی کی جائے اور عضلہ مقربہ طویلہ (adductor longus) اس وقت واضح ہوتا ہے جبکہ ران حالت تبعید میں ہو، اور موضوع کی جار کو تقریب کی حالت میں لانے کی کوششوں کی مزاحمت کی جائے۔ قربہ اشخاص میں بھی

اس عضلہ کی کور محسوس کی جاسکتی ہے جبکہ یہ اپنا فعل زور سے کر رہا ہو، اور انگلیاں اس کے کنارہ سے ساتھ ساتھ عین اس کے مبداء تک جو عانی شوکہ کے نیچے ہی واقع ہوتا ہے پہنچائی جاسکتی ہیں۔

اس خطہ کے لمفی غدود (lymphatic glands) خاص کر دبے بچوں میں بعض اوقات جلد کے نیچے محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ فخذی حلقہ (femoral ring) اربی رباط کے نیچے عانی شوکہ سے ۱ انچ باہر کی طرف واقع ہوتا ہے (شکل ۸۹ صفحہ 398)۔ صافنی فتقہ (حفہ بیضویہ: fossa ovalis) کا محل بعض اوقات جلد کے ایک خفیف سے نشیب سے ظاہر ہوتا ہے۔ یہ اربی رباط کے عین نیچے واقع ہوتا ہے، اور اس کا مرکز عانی شوکہ سے تقریباً ۱ ۱/۲ انچ نیچے کی اور باہر کی طرف کو ہوتا ہے۔ دبلے اشخاص میں طویل صافنی ورید صافنی فتقہ کو جاتی ہوئی اکثر شناخت کی جاسکتی ہے۔

اگر فخذی نقطہ (شکل ۸۹) یعنی ارتفاع عانہ اور مقدم فوقانی فوقانی فوقانی شوکہ کے درمیانی فاصلہ کے وسطی نقطہ سے عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کے درنہ (tubercle) تک جو فخذی کے اندرونی (وسطانی) قنار کے عین اوپر ہوتا ہے، ایک خط کھینچا جائے جبکہ ران خفیف سی خم کردہ، باہر کی طرف کو گھومی ہوئی، اور بعد ہو تو اس کا بالائی دونہائی حصہ فخذی شریان (femoral artery) کا متناظر ہوگا۔ اربی رباط کے عین نیچے فخذی ورید اس شریان کے اندر کی طرف واقع ہوتی ہے اور مقدم ساقی (فخذی) عصب اس کے باہر کی طرف سے ۱ ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر گذرتا ہے۔ عمیق فخذی (profunda femoris) اربی رباط سے تقریباً ۱ ۱/۲ انچ نیچے نکلتی ہے۔ اور داخلی اور خارجہ جی ٹخن (circumflex) عروق اس ساخت سے تقریباً ۲ انچ نیچے سے نکلتے ہیں۔

فخذی (femoral) (سکارپا کی: Scarpa's) مثلث کے اوپر کی جلد سرین کی جلد کی طرح کی اہیں ہوتی بلکہ یہ نسبتاً پتلی اور نازک ہوتی ہے۔ جو حصے اس کے عین نیچے واقع ہوتے ہیں ان کے ساتھ اس کے ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہونے کی وجہ سے یہ ایک بڑی حد تک کھینچ سکی جاتی ہے جیسا کہ بڑے بڑے فخذی فوق اور بعض عظیم الجسامت



اربی سلعات میں دیکھنے میں آتا ہے۔ بعض اوقات یہ شدید جوت سے دریدہ بھی ہو جاتی ہے جیسا کہ برن (Berne) کے اطلاع کردہ واقعہ میں ہوا تھا۔ اس واقعہ میں مریض ۱۱ سال کا ایک لڑکا تھا جسے کولے کا مرض لاحق تھا۔ اس کی رائیں شکم پر خیم کردہ تھیں اور جب اس بدشکلی کو دور کرنے کے لئے ان کی بسط کردگی زور سے کی گئی تو جلد بن ران کے مین نیچے سے پھٹ گئی اور تقریباً ۲۰ انچ چوڑا شکاف رونما ہو گیا۔

567

بن ران کے خطہ کے منقبض ہونے والے ندبوں سے کولے کی مستقل خیم کردگی پیدا ہو سکتی ہے۔ اور اس خطہ کے قرب وجوار کے عمیق اور شدید احتراقات کے بعد یہ نتیجہ اکثر پیدا ہوتا ہے۔ ساتھ ہی یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ بن ران کے افقی زخموں کو ران کو خفیف سی خیم کردگی کی حالت میں رکھنے سے بخوبی ملایا جاسکتا ہے۔

ایسی مثالیں درج کی گئی ہیں جن میں مستزاد پستانی غدہ مع مناسب حملہ کے بن ران میں واقع تھا۔ جیسٹو (Jessieu) ایک عورت کا واقعہ بیان کرتا ہے جس میں پستان اسی محل پر واقع تھا اور وہ یہیں سے اپنے بچہ کو دودھ پلاتی تھی (دیکھو صفحہ ۲۴۵)۔ چند واقعات میں خصیہ صف میں اترنے کی بجائے فخذی قنال میں سے نکل کر فخذی مثلث میں ظاہر ہو چکا ہے۔ فخذی فتق کی طرح یہ اربی رباط کے اوپر سے بھی گذر چکا ہے۔ اور یہ غالباً جارحہ کے حرکات سے یہ رخ اختیار کرتا ہے۔

اس خطہ کی سطحی ردا زیادہ کثیف نہیں ہوتی اور سطحی غماج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہوتی۔ یہ توضیح اس امر سے نہایت اچھی طرح سے ہوتی ہے کہ سکارپا (Scarpa) کی مثلث کے غدوں میں نتیجہ اکثر واقع ہوتا ہے، مگر پیپ باوجود اس کے کہ غدہ سطحی ردا کی کثیف ترقی میں (کیونکہ اس خطہ میں ردا دو تہوں میں تقسیم ہو جاتی ہے) ملفوف ہوتے ہیں اکثر حالتوں میں سطح تک پہنچتی ہے، گو اس تک کہ پیپ کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے روکنا چاہئے۔

اگرچہ اس خطہ میں زیر جلدی چربی خاص طور پر افراط سے نہیں پائی جاتی مگر فخذی مثلث سلعات شحمیہ کے لئے ایک موافق محل ہے۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو مکمل طور پر محصور کرتی ہے اور جہاں تک

ران کی سائینے کی طرف کا تعلق ہے یہ اوپر کی طرف رباط اربی سے اور رانی کے جسم اور  
 فرع سے اور عظم وری کی فرع سے چسپیدہ ہوتی ہے۔ اس کے تسلسل میں صرف صافنی فتوحہ  
 (saphenous opening) ہی ٹھل ہوتا ہے۔ یہ ردا عمیق خراجات اور عمیق بالیدوں  
 پر کسی قدر اثر انداز ہوتی ہے، چنانچہ خصری خراج (psaos abscess) ران تک عضلہ خصر  
 (psaos muscle) کی متابعت کرنے سے پہنچ جاتا ہے، اور فخذی مثلث میں پہنچ جانے  
 پر یہ روائے عویض (fascia lata) کے نیچے واقع ہوتا ہے۔ کثیر التعداد واقعات میں اسکا  
 منہ وہاں بنتا ہے جہاں عضلہ خصر ختم ہوتا ہے۔ گرد و سری اور قلیل الوقوع مثالوں میں  
 اس کی ترقی پر روائے عویض (fascia lata) کا اثر یقیناً پڑتا ہے، اور یہ جارح میں میچے  
 کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اس طرح متاثر ہونے سے خصری خراج ران کے زیرین حصہ میں  
 اور گھٹنے پر بھی ظاہر ہو چکا ہے۔ اور ایرچسن (Erichsen) ایک واقعہ کی اطلاع دیتا ہے  
 جس میں اسی قسم کا ایک خراج (جو ٹھری شو کی عمود میں شروع ہوا تھا) انجام کار اچلی وتر  
 (tendo Achillis) (عقبیتی وتر: tendo calcaneus) کی ایک جانب پر کھولا  
 گیا تھا۔

عضلات - حرقفی خصری (ilio-psaos) عضلہ پر جو کولے کے جوڑ کی ممتدم  
 جانب پر تننا ہوا معلوم ہوتا ہے اور اس جوڑ کے بہت سے حرکات میں حصہ لیتا ہے  
 سخت ورزشوں میں بار پڑنے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس عضلہ اور کولے کے جوڑ کے کیسہ کے  
 درمیان ایک درجک ہوتی ہے، جو اکثر اس جوڑ سے ربط وراہ رکھتی ہے۔ مزمن طور  
 پر ملہتب ہونے سے یہ درجک ران کے سامنے ایک بڑے سلعہ کی شکل اختیار کر لیتی ہے۔  
 التهاب کی حالت میں اس درجک سے دباؤ رفع کرنے کے لئے ران ہمیشہ خم کردگی کی حالت  
 میں آجاتی ہے۔ اور ایسے علامات کا ایک سلسلہ نمودار ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے  
 مرض کے علامات سے مختلف نہیں ہوتے۔ مزید براں حرقفی خصری عضلات عمود شو کی کے  
 قطنی خطہ کے بین فقراتی مفاصل اور عجری حرقفی (sacro-iliac) جوڑوں پر بھی فعل  
 کرتے ہیں۔ یہی وجہ ہے کہ ان جوڑوں میں سے کسی ایک کے مرض سے اس عضلہ میں خواش  
 اور انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ جسم میں درحقیقت اور کوئی عضلات ایسے نہیں ہیں جن کے

سریری تعلقات حرقنی خصری عضلات کی نسبت زیادہ وسیع اور زیادہ اہم ہوں۔ اگر گردوں، مالین، احوار، زائندہ دودہ، سگنا، قولون، بلب، الفی غد کے حرقنی سلسلہ، یا قطنی منفرہ کے اعصاب میں کوئی مرضی حالت موجود ہو تو ان حرکات سے جن میں حرقنی خصری عضلہ بھی شامل ہوتا ہے درد پیدا ہوتا ہے۔

خیاطیہ (sartorius) ایک عضلہ ہے جس کے اپنے طول اور عجیب و غریب فعل وغیرہ کی وجہ سے ضرب سے مشتق ہونے کی مشکل ایسی سے توقع کی جاسکتی ہے۔ مگر ڈوپرٹن کے عجائب خانہ (Musée Dupuytren) میں اس قسم کے اشتقاق کا ایک نمونہ ہے جو اس عضلہ کے وسط پر واقع ہوا تھا اور لیفی بافت سے متحد ہو گیا تھا۔ عضلہ مقربہ (adductor muscles) پر اور خاص کر عضلہ مقربہ طویل (adductor longus) پر گھوڑ کی سواری کی ورزشوں میں اکثر بار پڑ جاتا ہے۔ اور بعض اوقات جزوی اشتقاق تک بھی واقع ہو جاتا ہے کیونکہ زین کی گرفت زیادہ تر انہی عضلات سے قائم رہتی ہے۔ ایسے حادثات کا نام ”سواروں کی موچیں“ (rider's sprains) رکھا گیا ہے۔ ان میں یہ عضلات بالعموم اپنی چسپیدگیوں کے قریب موقوف ہو جاتے ہیں۔ جب ان کے ریشے مشتق ہو جاتے ہیں تو اکثر بہت سا خون منسوب ہو جاتا ہے، اور ایسے انصبابات بعض اوقات اس قدر کثیف اور لیفینی ہو جاتے ہیں کہ ان سے ایک تودہ بن جاتا ہے جو غلطی سے ماین کا علحدہ شدہ ٹکڑا تصور کیا جاسکتا ہے (مرہزی مورس: Sir Henry Morris: ”عظم الراكب“ rider's bone) کی اصطلاح سے عضلہ مقربہ طویل یا کبیرہ کے بالائی وتر کا تعظم مراد ہے جو اس پر بار پڑنے یا اس کے جزوی اشتقاق کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے واقعات کی اطلاع دی جا چکی ہے جن میں اس وتر میں ہڈی کا یہ ٹکڑا ۱ انچ، ۲ انچ، اور ۳ انچ تک بھی لمبا تھا۔ عضلات پر بار پڑنے اور ان کے ناگہانی فعل سے گاہے گاہے ایسا ہوتا ہے کہ ایک عضلہ یا اس کے کچھ حصہ کا مٹی فخذی سے جزوی طور پر علحدہ ہو جاتا ہے، اور اس کے ساتھ گرد عظم کا ایک ٹکڑا بھی جدا ہو جاتا ہے۔ اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ محل اشتقاق پر نئی ہڈی بن جاتی ہے، اور ایک سلحہ نما تودہ تیار ہو جاتا ہے (گاڈلی: Godlee: عروق خون۔ فخذی شریان femoral artery) فخذی مثلث میں

اتنی سطحی ہوتی ہے کہ یہ اکثر زخمی بھی ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ عرق اس حصہ کے سرطانی اور آکلی (phagedænic) تقرحات سے پھٹ چکا ہے۔ اس واقعہ سے ہلکے زخم واقع ہو چکا ہے۔ اس شریان پر دباؤ موزوں ترین طریقہ سے اس نقطہ پر ڈالا جاتا ہے جو رباط اربی کے عین نیچے حرقہ کے مقدم فوقانی شوک اور ارتفاق مانہ کے درمیانی فاصلہ کے وسط پر واقع ہوتا ہے۔ دباؤ کا رخ پیچھے کی طرف کو رکھنا چاہئے تاکہ یہ عرق عالمی اور کولے کے جوڑ کے کیسہ کے ہم پہلو حصوں پر مضبوط ہو جائے۔ اس سے اور نیچے مضبوط کا رخ پیچھے کی اور باہر کی طرف کو ہونا چاہئے۔ تاکہ یہ شریان ہڈی کی پوری سے جا لگے جو اس سے کچھ فاصلہ پر اس کی بیرونی جانب پر واقع ہوتی ہے۔

شریان اور ورید کے نزدیک نزدیک واقع ہونے کی وجہ سے اس خطہ میں زخموں کے بعد شریانی وریدی انورسہ پائے گئے ہیں۔ مشترک فخذی شریان میا نورسما پہلے کثیر الوقوع تھا۔ اور اس امر کے لئے کہ یہ عرق کیوں نافذ ہوتا ہے بہت سے وجوہ پیش کئے جاسکتے ہیں۔ یہ عرق دو بڑے تنوں میں تقسیم ہونے کو تیار ہوتا ہے، اسکا سطحی محل ضرر کے لئے اس کو معرا رکھتا ہے، کولے کی حرکتوں کا اثر اس پر بہت زیادہ پڑتا ہے، اور اگر اس کی دیوار مرض زدہ ہو تو ان حرکات کی زیادتی سے اس کو ضرر پہنچنے کا احتمال ہوتا ہے۔

فخذی ورید (femoral vein) کا وریدی التهاب (phlebitis) اس کے بالائی یا زیادہ سطحی حصہ کی کو فنگی سے واقع ہو چکا ہے، اور ران کی بزور غم کردگی کرنے سے بھی اس قسم کا نتیجہ پیدا ہو چکا ہے۔ لویل (کبیر) صافنی ورید اکثر دوائی نما ہوتی ہے۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) روائے عویض (fascia lata) کے باہر واقع ہوتی ہیں۔ اور اس لئے ان کو اس سے کوئی سہارا نہیں ملتا۔ عضلی مشقتوں میں وریدوں کے اندر کا دباؤ بعض اوقات بہت بڑھ جاتا ہے اور اس حالت میں صافنی وریدوں کو اکیلے معتدبہ بار برداشت کرنا پڑتا ہے۔ اگر یہ بار مدت تک پڑتا رہے تو عضلی طبقات جواب دے دیتے ہیں اور دوائی نما حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ عصب اعصاب - مقدم ساقی (anterior crural) یا فخذی (femoral)

حرقنی خصری (ilio-psoas) عضلہ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ کہا جاتا ہے کہ اس عصب کا وجع العصب اور نیز شلر ہیم، اس عضلہ کے الہتاب اور خصری خراج سے پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ تنہا اپنے سطحی محل کی وجہ سے ضربات کے لئے معرکہ آمیز ہوتا ہے۔ لی ساقی (genito-crural) عصب (وہ عصب جو معلاقی: cremaster عضلہ کو رد بینچا تا ہے) فخذی مثلث میں سے ایک رشتہ تک ران کو بھیجتا ہے۔ اس عصب کے جو فخذی شریان کے ساتھ ہی اس کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے محل پر کی جلد کی خراش سے بچوں میں خصیہ فوراً باز کشیدہ ہو جاتا ہے۔ زیادہ شدید ہیجان کی حالت میں یہی نتیجہ اکثر بالغوں میں بھی دیکھا جاتا ہے۔ اس طریقہ سے حمل شوکی کے دوسرے قطنی قطعہ کی حالت کا امتحان کیا جاسکتا ہے۔

571

اس خط کے لمفی غدود کثیر التعداد ہیں اور چونکہ ان میں خراج اکثر واقع ہوتا ہے اس لئے یہ معلوم کرنا ضروری ہے کہ ان کے درآر عروق کہاں کہاں سے آتے ہیں۔ یہ ایک سطحی اور ایک عمیق گروہ پر منقسم ہیں۔ سطحی گروہ جس میں غدود کی اوسط تعداد دس تا پندرہ ہوتی ہے دو گروہوں میں مرتب ہوتا ہے۔ ان میں سے ایک اربی رباط کے متوازی اور قریب ہوتا ہے (افقی سلسلہ)۔ اور دوسرا طویل صافنی ورید کے متوازی اور قریب (انتصابی سلسلہ)۔ عمیق گروہ میں تقریباً چار غدود ہوتے ہیں اور یہ فخذی ورید کے ساتھ ساتھ واقع ہوتے ہیں۔ اور فخذی قنال تک پہنچ جاتے ہیں۔

اربی غدود میں مندرجہ ذیل عروق لطف جاتے ہیں :-  
 جارحہ السفلی کے سطحی عروق = سطحی غدود کا انتصابی گروہ -  
 ششک کے زیرین نصف حصہ کے سطحی عروق = افقی گروہ کے وسطی غدود -  
 سرین کی بیرونی سطح کے سطحی عروق = افقی گروہ کے خارجی غدود -  
 سرین کی اندرونی سطح کے = افقی گروہ کے اندرونی غدود (ان عروق میں چند انتصابی غدود کو جاتے ہیں)۔

سطحی عروق خارجی اعضائے تناسل سے = افقی غدود - (چند انتصابی گروہ کو چلے جاتے ہیں)۔  
 عجیان اور مبرز کے سطحی عروق = انتصابی گروہ -

جارحہ اسفل کے عمیق عروق لاف = غدہ کا عمیق گروہ۔  
 جو عروق لاف ساد (obturator) ، الوی (gluteal) اور سائی (sciatic) ثریانوں اور قضیب کے عمیق عروق کے ساتھ ہوتے ہیں وہ حوض کو چلے جاتے ہیں ، اور اربی غدہ سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ جارحہ اسفل کے صرف وہی سطحی عروق اربی غدہ کو براہ راست نہیں جاتے جو ٹخنے کی باہر کی اور ٹانگ کی پھلی جانب کی سیلیت کرتے ہیں۔ ان رقبہ جات کے عروق قصیر (صغیر) صافنی ورید کے ساتھ ساتھ جاتے ہیں اور مابغنی (popliteal) غدہ میں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان غدہ کے برآر عروق عمیق اربی گروہ کو جاتے ہیں۔

عمیق غدہ میں سے ایک غدہ فخذی قنال میں اور فخذی فاصل (septum femorale) کے اوپر پایا جاتا ہے۔ چونکہ یہ کنیف بافتوں سے گھرا ہوتا ہے اس لئے جب یہ ملہتب ہوتا ہے تو اس سے بہت سی تکلیف اور کولے کی حرکت سے بہت سارے درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں اس سے پیدا شدہ معکوس اختلال کی وجہ سے فتنہ مخنوق کے سے علامات پیدا ہو چکے ہیں۔ مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی femoral: عصب کی کچھ شاخیں اربی لاف غدہ پر واقع ہوتی ہیں۔ اور سرسائی۔ بروڈی (Sir B. Brodie) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں یہ شاخیں دو کلائی یافتہ غدہ پر اس طرح تہی ہوئی تھیں جس طرح کہ سارنگی کے تار اس کی گھوڑی پر تنے ہوتے ہیں۔ اور اس لئے جارحہ میں شدید درد پایا جاتا تھا، اور شخصی حرکات شروع ہو گئے تھے۔

اربئی غدہ کے برآر عروق لاف غدہ کے ایک سلسلہ میں سے گزرتے ہیں جو خارجی او مشترک حرقفی عروق کے ممر کے ساتھ ساتھ پھیلا ہوتا ہے۔ ان میں سے تین غدہ اربی رباط کے عین اوپر واقع ہوتے ہیں۔ غدہ کے داخلی حرقفی گروہ (جس میں حوضی عروق لاف کی سیلیت ہوتی ہے) کے برآر عروق اس سلسلہ سے مل جاتے ہیں جو مشترک حرقفی عروق کے ساتھ ساتھ واقع ہوتا ہے۔ قطنی غدہ حرقفی گروہوں سے لاف وصول کرتے ہیں، اور دائیں اور بائیں قطنی تنوں کے ذریعہ سے اسے کیلوسی برکہ (cisterna chyli) کو بھیج دیتے ہیں۔

داد الفیل (elephantiasis) جارحہ اسفل میں کسی دوسرے حصہ کی نسبت

زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ اور اس سے جارحہ کی جسامت بے حد بڑھ جاتی ہے (کوچین اور برباکی ٹانگ)۔ اس کی امراضیات اربی عروق لطف سے بہت قریبی تعلق رکھتی ہے۔ عروق لطف ایک چھوٹے سے سوئی کیڑے یعنی بن کرافٹ کے خبیثیہ (Filaria bancrofti) سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ انسانی بافت کے اندر کے لٹنی عروق اور لٹنی فضائیں ملہب ہو کر بہت قسح ہو جاتی ہیں۔ اور اس بافت کے عناصر میں بیش پرورش واقع ہو جاتی ہے۔

### ۳۔ کولے کا جوڑ

(HIP-JOINT)

کولے کا جوڑ بہت مضبوط ہوتا ہے، اور اس کی وجہ صرف یہی نہیں کہ مفصل ہڈیوں کی شکل کی وجہ سے یہ ایک عمدہ کردی کبی مفصل (ball-and-socket joint) بن گیا ہے، بلکہ یہ بھی ہے کہ ان ہڈیوں کو مضبوط رباط ملاتے ہیں، اور عضلی بند کیسہ کو بلا واسطہ سہارا دیتے ہیں۔ لیکن اس جوڑ کو جو رعائیتیں حاصل ہیں ان کی تخفیف کسی حد تک اس بے حد بیرونی قوت کی وجہ سے جس کا اثر عظم فخذی پر ڈالا جاسکتا ہے، اور ان کثیر التعداد مموچوں اور چوڑوں سے ہو جاتی ہے جو اس جوڑ میں اس کے دھڑ اور ٹانگ کے درمیان واحد واسطہ اتحاد ہونے کی حیثیت سے واقع ہوتی ہیں۔

573

فخجان (acetabulum) مفصلی اور غیر مفصلی حصوں پر منقسم ہے۔ قبل الذکر حصہ کی شکل گھوڑے کے نعل کی طرح کی ہوتی ہے، اور اس کا عرض ۱ اور ۱/۲ انچ کے درمیان ہوتا ہے۔ مفصلی رقبہ کے عین اوپر کی ہڈی بہت کشیف ہوتی ہے، اور دھڑ کا وزن اور سے اسی میں سے منتقل ہوتا ہے۔ غیر مفصلی حصہ اس رقبہ کا متناظر ہوتا ہے جو گھوڑے کے نعل سے محصور ہوتا ہے، اور بہت پتلی ہڈی سے بنا ہوتا ہے۔ مگر اس میں کسی ایسی چوٹ سے جو فخذی کو حوضی ہڈیوں کے بالمقابل وکیل دسے شانہ و نادر ہی کمر واقع ہوتا ہے، کیونکہ ایسی کوئی معمولی قوت نہیں ہے جو ران کی ہڈی کے سر کو لا اسہی ہڈی کے اس نقطہ کے ساتھ لا دے۔





574

داخل ہو سکتے ہیں اور کولے کے جوڑ کے اندر کا خراج بھی اسی راستہ سے حوض میں پہنچ سکتا ہے۔ کولے کے جوڑ کے تباہ کن مرض کے بعض واقعات میں فنجان کے تینوں ترکیبی اجزاء علیحدہ علیحدہ ہو جاتے ہیں۔ سن بلوغ تک یہ تینوں ہڈیاں وائی (۷) کی شکل کی غضروف سے ایک دوسری سے علیحدہ رہتی ہیں۔ اور سن بلوغ پر غضروف میں تعظم شروع ہو جاتا ہے، اور اٹھارویں سال پر فنجان ہڈی کا ایک مسلسل تودہ بن جاتی ہے۔ لہذا مرض سے فنجان کی شکست صرف اسی سال سے پہلے ممکن ہے۔

ہر قدرتی حرکت کی حد ان عضلات کی وسعت پذیری سے متعین ہوتی ہے جو کسی مفصل کو گھیرے ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ پر اس امر کا مشاہدہ باسانی کیا جاسکتا ہے، کیونکہ جب گھٹنا بسطہ کردگی کی حالت میں ہوتا ہے اور عضلاست کا ذہ (hamstring muscles) اس حالت میں تنیدہ ہوتے ہیں تو کولے کے جوڑ کی خم کردگی رباطات کے تنیدہ ہونے سے بہت پہلے محدود ہو جاتی ہے۔ رباطات صرف اسی وقت بروئے کار آتے ہیں جب جوڑ کی عضلی محافظت درہم برہم ہو جاتی ہے۔ کولے کے جوڑ کی خم کردگی جب کہ گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے نرم حصوں کے کچر ان کے ساتھ چل جانے سے محدود ہو جاتی ہے۔ اس کی بسطہ کردگی حرقفہ خصریہ (ilio-psoas) فخذیہ فیور (rectus femoris) اور حرقفی فخذی یا وائی (۷) نار رباط سے، اور اس کی تبعید عضلات کے مقرب تودہ اور عانی کیسی (pubo-capsular) رباط سے محدود رہتی ہے۔ خم کردہ جارحہ کی تقریب الوی نظام عضلی اور رباط مدللجہ (ligamentum teres) اور ور کی کیسی رباط سے محدود رہتی ہے۔ باہر کی طرف کی گردش کی مزاحمت عضلہ ناشرہ روئسیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) الویہ وسطیہ (gluteus medius) اور الویہ صغیرہ (gluteus minimus) کے مقدم حصے اور حرقفی فخذی رباط کرتے ہیں۔ رباط مدللجہ (ligamentum teres) جو مضبوط رباط نہیں ہے ران کے خم کردگی اور اس کے باہر کی طرف گھومنے سے تن جاتا ہے۔ مکمل خلع کے تمام واقعات میں یہ منشق ہو جاتا ہے۔ مگر جو ساختیں اس جوڑ کی صحت و سلامتی کو برقرار رکھنے میں زیادہ حصہ لیتی ہیں وہ رباطات نہیں بلکہ وہ مضبوط عضلات ہیں جو اس کو گھیرے ہوتے ہیں اور اس پر عمل کرتے ہیں۔

575

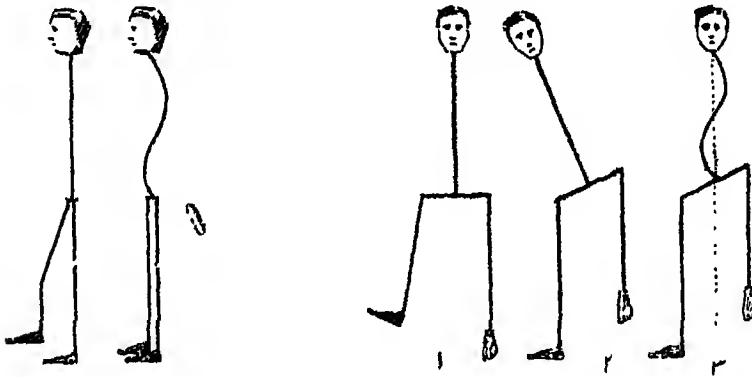
کرہ ہوائی کے دباؤ کا کچھ اثر نہیں پڑتا، کیونکہ کولے کے جوڑ کی تمام لمبھی حرکتوں میں فنجی کے سر کی حرکت سے اگر کوئی فضا خالی ہوتی ہے تو وہ مستعرض کٹاؤ پر کی چربی کے فوجان میں باسانی کچھ آنے سے بڑھ جاتی ہے۔ تمام جوڑوں میں چربی کی دب جانے والی گدیاں موجود ہوتی ہیں تاکہ وہ کرہ ہوائی کے دباؤ کے تغیرات کو جوڑ کی حرکتوں میں مغل ہونے سے باز رکھیں۔

کولے کے جوڑ کا مرض (hip-joint disease)۔ یہ جوڑ گہرا واقع ہونے اور نرم حصوں کی ایک موٹی پوشش کی موجودگی سے (شکل ۱۲۸) ان شدید ضربات سے جن سے دوسرے جوڑوں میں حاد التهاب پیدا ہو جاتا ہے محفوظ رہتا ہے۔ زلابی التهاب (acute synovitis) کولے کے جوڑ میں درحقیقت بہت نادر الوقوع ہے۔ اور اس حصہ کا معمولی مرض اپنی نوعیت میں نمایاں طور پر مزمن ہوتا ہے۔ مزید برآں اس جوڑ کے گہرا واقع ہونے کا ایک نتیجہ یہ بھی ہے کہ جب مرض کے سلسلہ میں پیپ بنتی ہے تو اس میں محسوس رہتی ہے، اور مدت بعد سطح نکلتا ہنچتی ہے۔ لہذا اس خطہ کا تفتیح اکثر بہت تباہ کن ثابت ہوتا ہے۔ جب اس جوڑ میں انصباب واقع ہوتا ہے تو اس سے پیدا شدہ ورم ان حصوں پر ظاہر ہوتا ہے جہاں کولے کے جوڑ کا کیسہ باریک ترین ہو۔ کیسہ کے باریک ترین حصے سامنے کی اور پیچھے کی طرف ہوتے ہیں۔ سامنے کی طرف وائی (۷) کی شکل کے رباط کی اندرونی کورا اور عافی کیسی رباط کے درمیان مثلث شکل کا ایک وقفہ ہوتا ہے، اور پیچھے کی طرف کیسہ کا موخر اور زیرین حصہ باریک ترین ہوتا ہے۔ کولے کے جوڑ میں انصباب پیدا ہونے کی حالت میں ورم انہی خطوں پر پہلے پہل ظاہر ہوتا ہے۔ اور چونکہ ان حصوں پر باسانی دباؤ پڑ سکتا ہے اس لئے اس سے یہ نتیجہ اخذ کیا جاسکتا ہے کہ یہ حصے ان مقامات کے متناظر ہیں جن پر ایلیمیت نمایاں ترین ہوتی ہے، اور سب سے پہلے شناخت کی جاتی ہے۔ لہذا ان دو کمزور فضاؤں پر ہی خراجات بنتے ہیں اور راستہ بنا کر کولے کے جوڑ کی سطح پر آتے ہیں۔

کولے کے مزمن مرض (chronic hip-disease) میں اوٹس۔

بعض کاذب اوضاع اختیار کرتا ہے جن کے معنی سمجھنا ضروری ہیں۔ ان اوضاع کو مندرجہ ذیل طریقہ سے، جہاں تک ممکن ہو ان کی ترتیب ظہور کے لحاظ سے مرتب کیا جاسکتا ہے۔ (۱) ران خم کردہ، بقدر اور ذرا سی بروں گردہ ہوتی ہے۔ اور اس کے ساتھ ہی (۲) جارح میں ظاہری طوالت اور (۳) شوک میں فطا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۰)۔ بعد ازاں (۴) ران مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے، اور اس کی وجہ سے جارح میں (۵) ظاہری قصر پیدا ہو جاتا ہے۔

(۱) پہلی وضع ارد گرد کے عضلات کے لئے صرف آرام کی حالت ہے۔



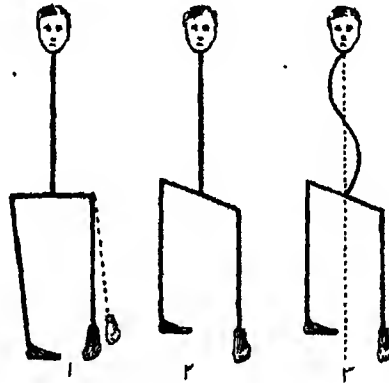
شکل ۱۲۹ - خم کردگی فطا سے پوشیدہ ہے۔

شکل ۱۳۰ - دائیں کولے کا مرض ابتدائی حالت میں۔  
 ۱ - جمیعہ - پاؤں کو زمین پر لانے کے لئے حوض کا بھٹکا بہتر ہے۔  
 ٹانگ کی تقریب جوارح کو متوازن حالت میں رکھنے کے لئے - نتیجہ۔  
 ظاہری طوالت - ۳ - التوا جو جاذبہ کے محور کو پھر بین راقی مستوی میں لانے کے لئے پیدا ہوتا ہے۔

یہ وہ حالت ہے جس میں یہ جوڑ کی سطحوں پر کم از کم دباؤ ڈالتے ہیں۔ اس وضع میں خم کردگی

577

نمائاں ترین خاصہ ہوتا ہے۔ اس کا اثر بخوبی واضح ہوتا ہے۔ یہ وائی (۷) کی شکل کے رباط کو ڈھیلا کر دیتی ہے جو جراحہ کے سیدھا ہونے کی حالت میں جوڑ کی سامنے کی طرف کو عبور کرتا ہوا مضبوط بند کی شکل میں تنہا ہوتا ہے۔ عضلہ خصریہ (psoas muscle) کی چسپیدگی قریب ہو جاتی ہیں اور اس کا جوڈ باؤ جوڑ پر پڑتا ہے وہ خم کر دگی کی حالت میں کم ہو جاتا ہے۔ (۲) ظاہری طوالت (apparent lengthening) حوض کے مرض زدہ جانب پر جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے جبکہ مریض اپنے جوارح اور دھڑ کو چیت لیٹ کر



شکل ۱۳۱۔ دائیں کولے کے مرض کے متاخر مدارج۔

۱۔ تقریب - ۲۔ مندرست جانب کا جوارح کی متوازی حالت قائم رکھنے کے لئے جھکن - ۳۔ التوا جو جاذبہ محور کو پھر بنی سابق مستوی میں لانیچے لئے پیدا ہوتا ہے۔

ایک خط مستقیم میں لانے کی کوشش کرتا ہے لیکن جب جراحہ کی مقدم فوقانی حرقفی شوکہ سے لیکر اندرونی کعبیہ تک فی الحقیقت پیمائش کی جاتی ہے تو جراحہ کے طول میں افزائش ثابت نہیں ہوتی۔ حوض کمزور جراحہ کی بعد حالت کے لئے گنجائش نکالنے کی غرض سے مرض زدہ جانب پر نیچے کی طرف کو جھکا ہوتا ہے۔

(۳) فلٹا (lordosis) یا شوکہ کا تقدیمی انخنا ظہری قطنی خط میں واقع ہوتا ہے۔ اس کا انحصار جارحہ کی خم کردگی پر ہوتا ہے اور یہ اس کو شش کا نتیجہ ہوتا ہے جو کا ذب ضعیف کو چھانے یا کم از کم اس سے پیدا شدہ دقتوں کو اقل درجہ تک لانے کے لئے کی جاتی ہے (مثلاً ۱۲۹)۔ جب ران مرض کی وجہ سے کولے پر خم کردہ ہو جاتی ہے تو جارحہ اسفل کو شوکہ کے قطنی انخنا کے مقدم انحداب کو صرف زیادہ کرنے سے اس وضع میں رکھا جاسکتا ہے تاکہ وہ سیدھا دکھائی دے۔ ہمارے لئے یہ امر ہمیشہ ذہن نشین رکھنا ضروری ہے کہ صلب کی تنوکی ریکٹوں اور کولے کے جوڑوں کی حرکتوں میں ایک باہمی تعلق موجود ہے اور عضلہ حصہ ان دونوں پر عمل کرتا ہے۔ اگر کوئی تحدید کولے کے جوڑ پر موجود ہو تو اس کی تھوڑی سی قطنی حرکت کو زیادہ کرنے سے کر سکتے ہیں اور اس طرح وہ فلٹا (lordosis) پیدا ہو جاتا ہے جو کولے کے جوڑ کے امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔ مریض کولے کے جوڑ کی خم کردگی (جو مرض سے پیدا ہوتی ہو) کے باوجود بستر پر اس طرح جیت لیٹ سکتا ہے کہ اس کے دونوں جوارح بظاہر بالکل سیدھے دکھائی دیں۔ وہ خم کردگی کو شوکہ کا (lordosis) پیدا کرنے سے چھپا لیتا ہے۔ مگر تھامس (Thomas) نے سب سے پہلے یہ ثابت کیا ہے کہ اگر تندرست ران کو پیٹ پر خمیدہ کرنے سے فلٹا (lordosis) رفع کر دیا جائے تو مریض وہ جانب پر ران کی خم کردہ حالت فوراً ظاہر ہو جاتی ہے۔

(۴) جب مرض ترقی کرتا ہے تو ران زود یا بدیر مقرب اور دروں گردہ ہو جاتی ہے اور پھر بھی خم کردہ ہی رہتی ہے۔ مفصلی سطحوں کی تباہی (بالخصوص فنجان کے پچھلے حصہ کی) سے اور کیسے کے فساد تعضیہ اور ارد گرد کے عضلی نظام کے متغیر فعل سے جزوی یا مکمل ضلع پیدا ہو جاتا ہے جس سے فخذی کا سر اسلی فنجان کے محل کے پیچھے اور اس کے اوپر چلا جاتا ہے۔ اس حالت میں حقیقی قصر موجود ہوتا ہے۔

(۵) ظاہری قصر (apparent shortening) جو کسی متاخر درجہ بظاہر ہوتا ہے اس حالت سے پیدا ہوتا ہے جو حوض کے جھکنے کی اس حالت کے برعکس ہوتی ہے جو مرض کے ابتدائی درجہ میں موجود تھی جبکہ جارحہ حالت تبعید میں تھا۔ جس طریقہ سے حوض بعض اوقات اوپر کی طرف کو اٹھ جاتا ہے اور اس سے مقرب جارحہ کا ظاہری قصر

پیدا ہو جاتا ہے وہ شکل ۱۳۱ میں بخوبی ظاہر کیا گیا ہے بعض ایسے واقعات میں جن میں کولے کے دونوں جوڑوں کا مرض بیک وقت موجود ہوا اور ان کے علاج کی طرف بخوبی التفات نہ کیا گیا ہو دونوں رانیں حالت تقریب میں رہتی ہیں۔ جب مرض دونوں طرف موجود ہوتا ہے تو بوجارح بلاشبہ معمولی ذرائع سے اپنی اپنی صحیح وضع پر آنے کے ناقابل ہوتے ہیں۔ اور اس لئے ایک جارحہ دوسرے کے آگے سے گزر جاتا ہے اور حرکت کا وہ عجیب طریقہ پیدا ہو جاتا ہے جو مصلب الساقین (cross-legged progression) کے نام سے موسوم ہے۔

579 جب کولے کا مرض ہڈی میں شروع ہوتا ہے تو اس سے عام طور پر پس بالہ (metaphysis) یعنی وہ خط ماؤف ہوتا ہے جو بر بالی خط کی در بالی جانب پر ہوتا ہے اور جو فخذی کے سر کو گردن سے متحد کرتا ہے۔ یہ خط تمام کا تمام اس جوڑ کے اندر ہوتا ہے (شکل ۱۲۸)۔ اور جس بر بالہ سے سر بنتا ہے وہ بقیہ ہڈی سے اٹھارویں یا انیسویں سال کے قریب ملتا ہے۔

یہ ایک شہور و معروف امر ہے کہ کولے کے جوڑ کے مرض کے مریض اکثر گھٹنے کے درد کی شکایت کرتے ہیں۔ یہ درد بعد بعض اوقات اتنا زیادہ ہوتا ہے کہ مرض کے حقیقی محل سے توجہ منحطف کر دیتا ہے۔ اس درد بعید کا سمجھنا آسان ہے، کیونکہ ان دونوں جوڑوں کو جبل شو کی کے ایک ہی قطعہ سے رسد پہنچتی ہے۔ کولے کے جوڑ میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) (فخذی: femoral) کی شاخیں کیسہ کی مقدم جانب پر، اور (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے زیرین اور اندرونی حصہ پر، اور (۳) عجزی ضغیرہ اور نسائی عصب کی شاخیں جوڑ کے موخر حصہ پر داخل ہوتی ہیں۔ گھٹنے میں (۱) مقدم ساقی (anterior crural) کی شاخیں [جو اعصاب عضلات وسیعہ (vasti) کو جاتے ہیں] کیسہ کی مقدم جانب پر اور، (۲) عصب ساد (obturator) کی شاخیں کیسہ کے موخر حصہ پر، اور (۳) عظیم نسائی عصب کی داخلی اور خارجی البضی قسموں کی شاخیں جوڑ کی جانبی اور عقبی طرفوں پر داخل ہوتی ہیں۔ لہذا جو درد گھٹنے کی ماسینہ کی طرف پر چپنی (patella) کی دونوں جانبوں پر محسوس ہوتا ہے وہ غالباً مقدم ساقی

عصب کے ذریعہ سے ۱ اور جوڑ کی پچھلی طرف کا درد عصب ساد (obturator) اور سائی (sciatic) اعصاب کے ذریعہ سے محسوس ہوتا ہے۔

فخذی کے بالائی سرے کے کسور مندرجہ ذیل اقسام میں تقسیم کئے جاسکتے ہیں:-  
 (۱) گردن کے وہ کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر واقع ہوں۔ (۲) گردن کے قاعدہ کے کسور جو تمام کے تمام کیسے کے اندر نہ ہوں۔ (۳) گردن کے قاعدہ کے وہ کسور جن میں عظیم مروغماؤف ہو۔ (۴) ربالہ کی علحدگی۔ بنذوق کے زخموں کے علاوہ بلا واسطہ فتر سے فخذی کی گردن کا توڑنا مشکل ہی سے ممکن ہے، کیونکہ یہ ہڈی گہری واقع ہوتی ہے اور ارد گرد کے عضلات کی وجہ سے بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔ لہذا جس چوٹ سے یہ ضرر واقع ہوتا ہے وہ تقریباً ہمیشہ بالواسطہ ہوتی ہے، مثلاً پاؤں یا عظیم مروغما کے بل گرنے سے یا جارح اسفل کے دفعہ مروڑے جانے سے۔

580

(۱) صادق میان کسی کسر (intracapsular fracture) سے جوڑ کے اندر گردن کا کوئی ساحصہ بھی ماؤف ہو سکتا ہے۔ مگر یہ کسر سر اور گردن کے مقام اتصال پر نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے (شکل ۱۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔

یہ کسر بڑھوں میں زیادہ کثرت سے واقع ہوتا ہے، اور ان میں یہ بہت خفیف سی چوٹ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ سن رسیدہ اشخاص میں اس ضرر کے وقوع کے امکان کی توجیہ سہا اور تقویت دینے والی سہکوں کے ذبول اور عضلات کے محافظ معکوسہ کی کمی سے ہوتی ہے۔ یہ اندہ سالی میں فخذی کی گردن زیادہ مستعرض رخ اختیار کر لیتی ہے۔ جوانوں میں اس کی گردن پوری کے ساتھ ۱۴۰ درجہ کا زاویہ بناتی ہے، اور بڑھوں میں یہ زاویہ کم ہو کر ۱۲۰ درجہ کا رہ جاتا ہے۔ اس لئے جب غلط قدم اٹھایا جاتا ہے تو اس میں کسر واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔

یہ کسور شاذ و نادر ہی منفرز ہوتے ہیں۔ مگر جب انفرار واقع ہوتا ہے تو زیرین قطعہ جو نسبتاً چھوٹی اور ٹھوس گردن پر مشتمل ہوتا ہے زیادہ بڑے اور زیادہ شکنجہ قطعہ میں جو اس ہڈی کے سر سے بنا ہوتا ہے گھس جاتا ہے۔

یہ کسر بعض اوقات یا تو زیر گرد عظمی ہوتا ہے اور یا ٹرٹے کیسے کے معکوس حصوں کے

ذریعے سے جڑے رہتے ہیں۔ یہ معکوس ریشے اس ہڈی کی گردن کے ساتھ ساتھ کیسے کی چسپیدگی سے لیکر جو فخذی پر ہوتی ہے سر کے بہت قریب تک چلے جاتے ہیں۔

اس حصہ کے کسور اکثر متحد نہیں ہوتے کیونکہ جسم کے کسی حصہ کو بھی بے حرکت کرنا اتنا مشکل نہیں جتنا کہ فخذی کی چوٹی کو۔ اگر ٹکڑوں کو حالت سکون میں رکھنا مقصود ہو تو فخذی اور حوض دونوں کو ایک مثبت وضع میں ضرور باندھ دینا چاہئے۔ اور ایسا صرف جوارح اسفل اور دھڑ کو بے حرکت کرنے ہی سے ہو سکتا ہے۔ فخذی کے سر تک خون ان عروق سے آتا ہے جو اس ہڈی کی گردن اور کیسہ کے معکوس حصوں میں ہوتے ہیں۔ مگر سن بلوغ میں رباط مدط (ligamentum teres) کے ذریعہ سے خون کی صرف ایک قلیل سی مقدار ہی پہنچتی ہے (والسلی: Walmsley)۔ ٹکڑوں کی رسد خون کی کمی اکثر ان کے اتحاد کی ناکامیوں کی وجہ بیان کی جاتی ہے، مگر اس تنازعہ فیہ مسئلہ کی تائید کرنے کے لئے کوئی حقیقی شہادت موجود نہیں۔

581

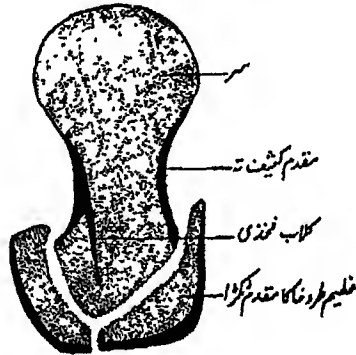
(۲) جو کسور گردن کے قاعدہ پر واقع ہوتے ہیں ان کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ فخذی کی گردن کا ایسا کسر جو بالکل بروں کیسی ہو تو شریکی نامکنات میں سے ہو۔ اور اگر کسر کیسہ کے بالکل باہر واقع ہو تو اس کا عظم فخذی کی پوری کے کچھ حصہ کو ناف کرنا ضروری ہے، اور یہ سب کا سب عین حق میں سے واقع نہیں ہو سکتا۔ ہڈی کی سامنے کی طرف کیسہ فخذی سے میاں طر و خانی خط پر چسپیدہ ہوتا ہے، اور عین اور پوری کے درمیان کچھ خط اتصال کی ٹھیک ٹھیک متابعت کرتا ہے۔ نتیجہ کی طرف کیسہ گردن پر مضر میاں طر و خانی خط یا عوف سے تقریباً ۱/۲ انچ اوپر بنتی ہوتا ہے۔

جب گردن اور پوری کے مقام اتصال پر کسور منفرز ہو جاتے ہیں تو اوپر کا ٹکڑا جو ٹھوس اور نسبتاً چھوٹی گردن پر مشتمل ہوتا ہے عظیم طر و خا اور پوری کے بالائی سرے پر کی شکلی بافت میں گھس جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ اس انفرز کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ طر و خا بعض اوقات شق ہو جاتا ہے اور اس شکست کی وجہ سے دونوں ہڈیاں باہر آس زاد ہو جاتی ہیں۔ عین ٹکڑے کا منفرز حصہ چھیننے کی شکل کا ہوتا ہے جس کی دھار کلاب فخذی (calcar femorale) سے بنتی ہے (شکل ۱۳۲)۔



فخذی کی گردن کے کسر کے علامات کے سلسلہ میں مندرجہ ذیل امور مشاہدہ میں آتے ہیں۔ (۱) جارحہ کی مقدم جانب پر رباط اُربی کے عین نیچے جو درم دیکھنے میں آتا ہے وہ یا تو جوڑ میں خون کے منصب ہونے، یا کیسہ کی مقدم جانب پر ٹکڑوں کے ابھر آنے سے پیدا ہوتا ہے۔ (ب) قصر عضلات الویہ (glutei)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، عضلہ ناشہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلہ خیاطیہ (sartorius)، اور عضلہ حرقیبہ خصریہ (ilio-psoas)، مقربا (adductors)، عضلہ رشتیقہ (gracilis)، اور عضلہ مشلیہ (pectineus) کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔

582



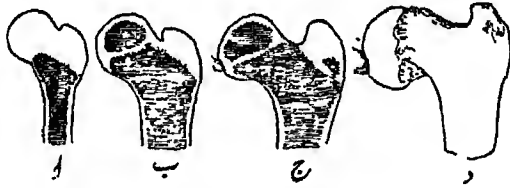
شکل ۱۳۲۔ کلاب فخذی اور اس کے تعلقات عظم فخذی کی گردن کے منفرد کسور کے ساتھ۔ (رلیف تھامپسن: (Ralph Thompson)۔

(ج) جارحہ کی بروں گردی یا باہر کی طرف کی گردش زیادہ تر دو اسباب سے پیدا ہوتی ہے۔ (۱) جارحہ کے وزن سے جو اس کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے جیسا کہ بے ہوش یا سوئے ہوئے اشخاص میں دیکھنے میں آتا ہے۔ اور اس کی وجہ یہ ہے کہ خط جاذبہ ران کے بیرونی حصہ میں سے گزرتا ہے۔ (۲) اس امر کی وجہ سے کہ گردن کی موخر جانب کی بستہ بافت مقدم جانب کی نسبت بہت زیادہ پھوٹک ہوتی ہے۔ چنانچہ عنق میں جو کسر پیچھے کی طرف واقع ہوتا ہے

وہ ماسے کے کسر کی نسبت اکثر زیادہ وسیع ہوتا ہے، یا کسریں اوقات پیچھے کی طرف منحرف ہوتا ہے مگر آگے کی طرف منحرف نہیں ہوتا، اور جارحہ کا رجحان ہر حالت میں بروں گردہ ہونے کی طرف ہوتا ہے۔ تیسرا سبب حرقفہ خصریہ (ilio-psoas)، مقسریہ (adductor)، مشطیہ (pectineus) اور جھوٹے گردانندہ عضلات کا فعل بیان کیا جاسکتا ہے۔ ان سب عضلات کا رجحان فخذی کو باہر کی طرف کو گھمانے کی طرف ہوتا ہے۔

(۳) گردن کے قاعدہ کے کسور جن میں عظیم طر و خا شامل ہوتا ہو۔ اس میں سر، گردن، اور طر و خا کا بہت سا حصہ پوری اور بقیہ طر و خا سے علیحدہ ہو جاتا ہے۔

(۴) بر بالوں کی علمدگی۔ فخذی کے بالائی حصہ میں تین بر بالے ہوتے ہیں۔



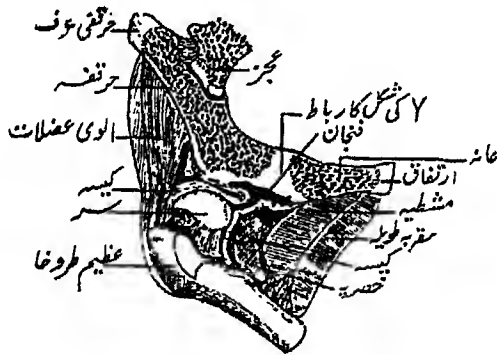
شکل ۱۳۳ فخذی کے بالائی سرے کے تغلیم اور قلع النوض کی حالت کو ظاہر کرتی ہے۔  
(اسلی: Elmalie کے مطابق)۔

- ۱۔ بالائی سرا پیدا نش پر۔
- ب۔ " دوسرے سال پر۔
- ج۔ " چوتھے سال پر۔
- د۔ " اس فخذی کا جو قلع النوض کے مریض سے حاصل کی گئی تھی۔

ایک سر کے لئے جو ۱۸ اور ۱۹ سال کی عمر کے درمیان مل جاتا ہے۔ ایک صغیر طر و خا کے لئے جو ۱۷ سال کی عمر کے قریب متحد ہوتا ہے۔ اور ایک عظیم طر و خا کے لئے جو تقریباً ۱۸ سال کی عمر پر متحد ہوتا ہے۔ گردن پوری کے تغلیم کی توسیع سے بنتی ہے (شکل ۱۳۳)۔ سر کا بر بالہ

کلاہ نما ہونے، اور اپنے بر بالی خط کے فخذی کے محور سے متحرک مرتب ہونے، اور نیز اپنے دروں کی محلی کی وجہ سے علحدہ ہونے سے محفوظ رہتا ہے۔ مگر اس بر بالی میں ایک عجیب قسم کا خلع واقع ہوتا ہے جس سے ضربی فدع النوض (coxa vera) پیدا ہو جاتا ہے۔ بر بالی بتدریج نیچے کی طرف کو جھک جاتا ہے جس سے ایسا معلوم ہوتا ہے کہ فخذی کی گردن جسم کے وزن سے جھکی جا رہی ہے اور پوری سے ۹۰ درجہ کا زاویہ بنانے لگی ہے۔ ایسا نوعمر جوانوں میں ہوتا ہے۔ طر و خا کے ارتفاع اور جارحہ کے قصر سے جو اس کا لازمی نتیجہ ہوتا ہے یہ حالت غلطی سے فخذی کی گردن کا کسر یا کوئے کے جوڑ کا خلع تصور کی جا سکتی ہے۔ ششلی حالتوں میں اس کے

584.



شکل ۱۳۲۔ کوئے کا خلقی خلع۔

یہ شکل ایک نمونہ کی ہے جو لندن ہاسپٹل میڈیکل کالج میوزیم کے لئے مسٹر اوپن شا (Mr. Openshaw) نے پیش کیا تھا۔ یہ چار سال کے ایک بچہ سے حاصل کیا گیا تھا۔

برعکس حالت رَوَّح النوض (coxa valga) پیدا ہو جاتی ہے۔ گردن کا زاویہ ۱۲۵ درجہ یا اس سے زائد ہوتا ہے۔ عظیم طر و خا بعض اوقات علحدہ ہو جاتا ہے۔ سرا و عظیم طر و خا کے بر بالی خلوط گردن کے متعظم ہونے تک سلسل ہوتے ہیں (دیکھو شکل ۱۳۳)۔

کوئے کے خلواع (dislocations of the hip)۔ یہ ضرات اس مفصل کے

بہت مضبوط ہونے کی وجہ سے نسبتاً نادر الوقوع ہیں۔ اور جب یہ تندرست جوڑ میں واقع ہوتے ہیں تو یہ ہمیشہ بہت سخت چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ کولے کے جوڑ کا خلع بعض اوقات خلقی ہوتا ہے اور بعض اوقات عضلی کوششوں سے از خود پیدا ہو جاتا ہے جیسا کہ بعض نادر الوقوع حالتوں میں دیکھنے میں آتا ہے، یا یہ مفصل کے مرض کا نتیجہ بھی ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ کا خلقی خلع (congenital dislocation) اکثر مثالوں میں فحجان کے نمو کے ناقص رہنے سے پیدا ہوتا ہے۔ ایسی حالتوں میں فحجان اتھلی رہتی ہے جیسا کہ جنینی زندگی کے دوسرے عہد میں دیکھنے میں آتی ہے۔ فحجانی گھیرے کی بروں بالیدگی خاصہ حرقفی حصہ میں واقع نہیں ہوتی۔ فحجانی کہفہ کیسہ کے (جو بے حد ڈھیلا ہوتا ہے) دہراؤ سے پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۲)۔ رباط مستدیر یا قوعلی حالہ ہوتا ہے اور یا ناقص النمو ہوتا ہے۔ فحذی کا سر چپٹا ہو جاتا ہے اور گردن چھوٹی ہو جاتی ہے اور جب بچہ چلنا سیکھتا ہے تو یہ ہڈی ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر پیچھے کی طرف کو پھسل جاتی ہے۔ جسم کا وزن کولے کے جوڑ کے ارد گرد کے عضلات اور رباطات برداشت کرتے ہیں، اور مریض کی رفتار بطح کی چال کے مشابہ ہوتی ہے۔ اگر سر کو اپنی جگہ پر واپس پہنچا دیا جائے تو یہ اٹھلے کہفہ سے پھر پھسل جاتا ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد حرقفہ کی غظمی زائیدی (osteophytic) بروں بالیدگی سے جدید کہفہ ظہار ہو جاتا ہے۔ یہ بدشکل لڑکوں کی نسبت لڑکیوں میں تقریباً نوگن کثرت سے واقع ہوتی ہیں (Fairbanks: فیئر بینکس)۔

تشدد سے پیدا شدہ خلوع میں ہڈی کا سر چار سمتوں میں سے کسی ایک سمت میں ٹل جاتا ہے اور اس سے چار باقاعدہ خلوع پیدا ہوتے ہیں۔ دو میں فحذی کا سر اس خط کے جو فحجان میں سے عموداً کھینچا جائے پیچھے واقع ہوتا ہے، اور دوسرے دو میں یہ اس خط سے آگے ہوتا ہے (دیکھو شکل ۱۳۵-۱۳۶ اور ۱۳۷)۔

۱۔ ظہر الحرقفہ (dorsum ilii) پر کے خلع میں سر پیچھے کی اور اوپر کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور حرقفہ پر فحجان کے عین اوپر اور پیچھے واقع ہوتا ہے۔ عضلہ مادہ داخل (obturator internus) پھسل جاتا ہے۔

۲۔ نسائی کٹاؤ (sciatic notch) کے اندر کے خلع میں سر پیچھے کی طرف

نادریدہ عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے نیچے چلا جاتا ہے، اور عظم وری پر عام طور پر وری کی شوک کے لیول کے قریب قریب متکین ہو جاتا ہے۔

۳۔ سادی یا درقی خلوع (obturator or thyroid dislocation)

یہ آگے کی اور نیچے کی طرف کو چلا جاتا ہے اور درقی سورخ پر متکین ہو جاتا ہے۔

۴۔ عظم عانی پر جو خلوع واقع ہوتا ہے اس میں سر آگے کی اور اوپر کی طرف

کو چلا جاتا ہے اور عظم عانی کے جسم پر اس کے اور عظم فوقی کے مقام اتصال کے قریب واقع ہوتا ہے۔

ان خلوع کی کثرت وقوع کی ترتیب سرسری طور پر (۱) ۵۰ فی صدی، (۲) ۲۵

فی صدی، (۳) ۱۵ فی صدی، (۴) ۱۰ فی صدی ہے۔

عمومی امور۔ کولے کے ان تمام باقاعدہ خلوع میں (۱) خلع اس وقت

واقع ہوتا ہے جبکہ جارحہ حالت تبعد میں ہو۔ (ب) کیسہ کا انشقاق ہمیشہ مونو اور زیرین

حصہ پر ہوتا ہے۔ (ج) ہڈی کا سر پہلے ہمیشہ کم و بیش براہ راست نیچے کی طرف کو جاتا ہے۔

(د) وائی (۷) کی شکل کا رباط نادریدہ رہتا ہے اور رباط مدالجسم (ligamentum

586

teres)

فشنق ہو جاتا ہے۔

(۱) یہ کہا جاتا ہے کہ کولے کے تمام خلوع میں حادثہ کے وقت حوض اور عظم فدی

مونو الذکر کی تبعد کی باہمی وضع میں ہوتے ہیں۔ فحان کا زیرین اور اندرونی حصہ بہت

اتھلا ہوتا ہے۔ اور کیسہ کا زیرین اور مونو حصہ بہت پتلا ہوتا ہے۔ حالت تبعد میں

ہڈی کا سر فحان کے اچھے حصہ میں آ جاتا ہے، اور اس کا نصف سے زیادہ حصہ اس

کھفہ سے باہر نکل جاتا ہے۔ اور کیسہ کا صرف باریک اور کمزور حصہ ہی اس کو سہارا دیتا

ہے۔ اور سمت تبعد میں اس کی آئندہ ترقی صرف عانی کیسی رباط ہی سے محدود ہوتی

ہے جو کسی قدر کمزور رباط ہے۔ تبعد میں رباط مستدر ڈھیلا ہوتا ہے، اور تبعد معہ

خم کردگی میں وائی (۷) نما اور وری کی کیسی رباطات بھی ڈھیلا ہو جاتے ہیں۔ اس لئے

حالت تبعد میں ہڈی کے سر کو کیسہ کے زیرین اور مونو حصہ میں سے باہر نکالنے اور اسے

نیچے کی طرف لے آنے کے لئے زیادہ قوت درکار نہیں ہوتی۔

(ب) مذکورہ بالا امر کو صحیح تسلیم کرنے سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ کیسہ کا انشقاق ہمیشہ اس کے موخر اور زیرین حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ ”اس انشقاق کے کنارے بالعموم پٹے ہوتے ہیں، اور یہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ مگر یہ کم و بیش براہ راست فجنان کے اگلے کھیرے کے قریب سے شروع ہو کر کیسہ کے پتلے حصہ میں سے گزر کر عظم فخذی کے صغیر طرف ونا کے قریب تک جاتا ہوا، اور یہاں سے اس رباط کی پچھلی طرف کے ساتھ ساتھ اس مقام کے نزدیک پہنچتا ہوا پایا جائے گا جہاں یہ رباط اس ہڈی کی گردن سے چسپیدہ ہوتا ہے“

(سر ہنری مورس: Sir Henry Morris)



شکل ۱۳۵ - ظہر الحرقصہ پر کا خلع۔  
(بگلو: Bigelow)

(ج) اگر جارحہ کی اس وضع کا خیال رکھا جائے جو وقوع حادثہ پر ہوتی ہے تو یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی ہر ایک حالت میں نیچے کی طرف کو ٹلیگی۔ اور یہ ایک واقعہ ہے کہ جوڑ کا صرف ایک ہی ابتدائی خلع ہے۔ اور وہ نیچے کی طرف کا ہے۔ اور مذکورہ بالا چاروں قسمیں ثانوی ہیں۔ ان میں سے ہر ایک قسم میں ہڈی دوسرے متذکرہ اوضاع اختیار کرنے سے پہلے نیچے کی طرف کو جاتی ہے۔

(د) حرقفی فخذی رباط کسی باقاعدہ خلع میں کبھی نشق نہیں ہوتا۔ یہ بہت کثیف ہونے اور خلع کے وقت شائد کم و بیش ڈھیلا رہنے کی وجہ سے بچا رہتا ہے۔ دست و رزی سے ان خلوع کی

کامیابی سے ترجیح کرنے کے طریقہ کا انحصار زیادہ تر حرقفی فخذی یا دوائی رباط (Y-ligament) کے سالم رہنے پر ہوتا ہے جو اس بیرم کے لئے جس کا طویل بازو فخذی کی پوری اور قصیر بازو اس کی گردن ہوتا ہے نصاب (fulcrum) کا کام دیتا ہے۔ خلعی خلوع میں سروائی (۷) نما رباط کے پیچھے اور مقدم خلوع میں اس کے سامنے ہوتا ہے۔

کولے کے خلع کی ہر ایک قسم کی تشریح - ۲۰۱ - خلعی خلع (dislocation)

(backwards) شکل ۱۱۲۵۔ عظم فخذی کا سر جب مذکورہ بالا طریقہ سے ٹل جاتا ہے تو ابتدائی طاقت اور عضلات الویہ (glutei) عضلات کا ذہ (hamstrings) اور عضلات مقربہ (adductors) اس کو ظہر یا نسائی کٹاؤ کی طرف لے جاتے ہیں۔ ہڈی اپنا عمومی رخ پیچھے کی طرف کو اختیار کرنے کے بعد جس بندی تک پہنچتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر خلع پیدا کرنے والی قوت اور نیز کیہ کے انشقاق کی وسعت اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator

internus) اور دوسرے خارجی گردانندہ عضلات کے اتار کی دریدگی پر ہوتا ہے۔

لہذا ظہری خلع نسائی خلع کا ایک زیادہ ترقی یافتہ درجہ ہے۔ حادثہ کے وقت خم کردگی اور اندرونی گردش متبنی انتہائی ہوگی اتنا ہی خلع کے نسائی ہونے کا زیادہ امکان ہوگا۔ زیادہ

588

متوسط خم کردگی اور اندرونی گردش سے ظہر پر کا خلع پیدا ہوتا ہے۔ ظہری خلع میں سر عضلہ سادہ داخلہ

(obturator internus) کے وتر سے اوپر ہوتا ہے اور نسائی میں یہ اس کے نیچے ہوتا ہے

(بگلو: Bigelow)۔ ان خلفی خلوع میں عضلہ

حرقصیہ خصریہ (ilio-psoas) بہت تنیدہ ہو جاتا

ہے۔ عضلہ فخذیہ بعمر (quadratus femoris)

عضلات سادہ (obturators)، عضلات توامیہ

(gemelli) اور عضلہ کمریہ (pyriformis)

کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عضلہ مشطیہ

(pectineus) اکثر دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور

عضلات الویہ بھی کسی قدر نشوونما ہو جاتے ہیں۔

نسائی عصب (sciatic nerve) بعض اوقات

فخذی کی گردن اور گردانندہ عضلات کے درمیان یا اس ہڈی کے سر اور حدیبہ ورک کے

درمیان مضبوط ہو جاتا ہے۔ دونوں خلفی خلوع میں قصور اس لئے پیدا ہو جاتا ہے کہ اس

ہڈی کے اوپر کی اور پیچھے کی طرف ٹل جانے سے مقدم فوقانی ثنوکہ اور فخذی تنالوں کے



شکل ۱۱۲۶۔ سادہ داخلہ درقی خلع۔

(بگلو: Bigelow)۔

درمیان کا فاصلہ کم ہو جاتا ہے۔ تقریباً اور دروں گردیدگی کا زیادہ تر انحصار سراور گردن کی وضع پر ہوتا ہے جن کا اس ہڈی کے تنوی کی متابعت کرنا جس پر کہ یہ واقع ہوتے ہیں لازمی ہوتا ہے۔ یہ وضع تنیدہ والی (۷) نما رباط سحر قرار رہتی ہے۔ جو نقصان بڑے بڑے بروں گردانندہ عضلات کو پہنچ جاتا ہے اس سے یہ بھی مزاحمت کرنے سے معذور ہو جاتے ہیں۔ خم کردگی والی (۷) نما رباط اور عضلہ حرقفیہ خصریہ (ilio-psoas) کی تیندگی سے پیدا ہوتی ہے۔

۳ و ۴۔ مقدم خلع۔ اگر سر فنجان میں سے نکلنے کے بعد اس وقت (socket) کی اندرونی کور کے ساتھ ساتھ ذرا آگے کی طرف کو چلا جائے تو درقی (thyroid) خلع پیدا



شکل ۱۳۷۔ عظیم عانی کے اوپر کا خلع۔  
(Bigelow: بجلو)

ہو جاتا ہے (شکل ۱۳۶)۔ اور اگر یہ اور آگے بڑھ جائے اور اوپر کی طرف کو چلا جائے تو اس کا نتیجہ عانی وضعیت ہوتی ہے (شکل ۱۳۷)۔ اس لئے موخر الذکر خلع قبل الذکر کی صرف ایک ترقی یافتہ حالت ہی ہے۔ اس امر کا انحصار کہ آیا سر درقی سورخ میں رہے گا یا عظیم عانی پر چڑھ جائے گا بسط کردگی اور بیرونی گردش کے بغیر وضعیت کے ساتھ موجود ہونے پر ہے۔ اگر یہ حالتیں موجود ہوں تو عانی قسم پیدا ہو جاتی ہے۔ ان ضررات میں عضلہ مشطیسہ (pectineus) عضلہ رشقیہ (gracilis) اور عضلات مقربہ (adductors) کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور عضلات کمریہ (pyriform muscles) بہت تنیدہ ہو جاتے ہیں۔ عصب سار بعض اوقات تنیدہ یا دریدہ ہو جاتا ہے۔ اور عانی خلع میں مقدم

ساقی (anterior crural) عصب بعض اوقات ماؤف ہو جاتا ہے۔ ان علو میں جاری کی جو تبعید اور بروں گردیدگی دیکھنے میں آتی ہے اس کا انحصار کسی حد تک سراور والی (۷) نما



رابط سے مثبت ہوتا ہے کی وضع پر اور کسی حد تک الوی عضلات اور بعض چھوٹے خارجی برون گردانندہ عضلات کے فعل پر ہوتا ہے جو مضبوطی سے تنیدہ ہوتے ہیں۔ جارحہ کی خم کردگی زیادہ تر عضلہ حرقنیہ (ilio-psoas) کی تنیدگی سے پیدا ہوتی ہے۔ کہا جاتا ہے کہ درتی خلع میں جارحہ کے طول میں اضافہ ہو جاتا ہے، مگر یہ طوالت صرف ظاہری ہوتی ہے اور حوض کے ماؤف جانب کی طرف جھک جانے سے پیدا ہوتی ہے۔ عانی خلع میں قصور واقع ہو جاتا ہے، کیونکہ سرفنجان کے لیول سے اوپر چلا جاتا ہے۔

590

دست ورزی سے ان خلوع کی ترجیح کرنے کے طریقوں کے متعلق یہاں کچھ نہیں کہا جاسکتا۔ لیکن معمولی دستور العمل کا مختصر سا خلاصہ دیا جاسکتا ہے۔

اول۔ خلع ۲ میں ران کی مقرب حالت میں  
خم کردگی کی جائے۔ تاکہ حرقنیہ فخذی رابطہ یا وائی (۷) نما  
رابط ڈھیلا ہو جائے۔  
خلع ۳ و ۴ میں ران کی بعد حالت میں  
خم کردگی کی جائے۔

دوم۔ ۲ او میں باہر کی طرف کو چکر دیا جائے۔ تاکہ سراسر راستہ سے جس سے یہ باہر گیا ہے  
۳ و ۴ میں اندر کی طرف کو چکر دیا جائے۔ کیسے کے اشتقاق میں واپس لایا جاسکے۔  
سوم۔ تمام حالتوں میں بسط کردگی کی جائے۔ تاکہ سر کو فنجان میں از سر نو داخل کر دیا جائے۔  
کولے کے خلوع کی ترجیح کرتے وقت یہ معلوم ہو جائے گا کہ عظم فخذی کے اندرونی قندال کا منہ تقریباً اسی طرف کو ہوتا ہے جس طرف کو اس کے سر کا رخ ہوتا ہے۔

کولے کے جوڑ پر ران کا ہنر کرنے کے لئے بہت سے طریقوں کا استعمال کیا جاتا ہے، مگر انفاق رائے اس امر پر ہے کہ عمل کو اس طرح ترتیب دینا مناسب ہے کہ ابتدائی شکاف ہی میں فخذی عروق محفوظ کئے جاسکیں۔ ریکٹ نما شکاف سے جوڑ کو علیحدہ کرنے میں شکاف کا وہ حصہ جو دستہ کو ظاہر کرتا ہے فخذی شریان کے اوپر کے ۳ انچ پر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اربی رابط سے شروع کیا جاتا ہے، اور بالیلچی حصہ عانی شوک کے ۴ انچ نیچے ہو کر جارحہ کی اندر کی طرف کے گرد سے لاکر عظیم طر و خا کے نیچے بیرونی جانب پر پہنچا دیا جاتا ہے فخذی شریان کے سطحی نشانات صفحہ 586 پر دئے گئے ہیں۔ عمیق فخذی شریان اور اس کی منحن

591

(circumflex) شاخوں کا مبداء رانی رباط سے تقریباً ۱/۲ انچ نیچے واقع ہوتا ہے۔ لیکن یہ اکثر اس سے ۱/۲ انچ اوپر یا نیچے ہوتا ہے۔ مشترک فخذی (common femoral) کوئلے کے جوڑ سے عضلہ خصر بیک کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتی ہے۔ فخذی عصب اس کی اندرونی جانب کے قریب اور مقدم ساقی (anterior crural) عصب اس کے باہر کی جانب پر اس سے ۱/۲ انچ کے فاصلہ پر واقع ہوتا ہے (دیکھو شکل ۲۸ صفحہ ۵۷۳)۔ نسائی (sciatic) اور ساد (obturator) شریانیں بھی ران میں داخل ہوتی ہیں اور ان کو باندھنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ جو اعصاب کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: خارجی، وسطیٰ اور داخلی جلدی، مقدم ساقی کی داخلی صافنی اور عمیق عضلی شاخیں، عصب ساد اور عظیم اور صغیر ذیلی اعصاب۔ اور جو عضلات کاٹے جاتے ہیں وہ یہ ہیں: عضلہ خیاطیس (sartorius) عضلہ باسطہ ساقیہ مربعہ (quadriceps extensor cruris)، مقربہ کبیرہ اور طویلہ عضلہ رشقیبہ (gracilis)، اور عضلات کاڈہ (hamstrings)۔ اس جوڑ کا کیسہ کاٹ دیا جاتا ہے اور فخذی کا سونق (socket) میں سے باہر کھینچ کر باندھ (ligamentum teres) کو کاٹ دیا جاتا ہے۔ مندرجہ ذیل ساختوں کی چسپیدگیوں کو فخذی کے بالائی ایک تہائی حصہ سے علیحدہ کرنا ضروری ہوتا ہے: عضلات الوہیہ کبیرہ (gluteus maximus) دو وسطیہ (medius)، و صغیرہ (minimus)، عضلہ کثیرہ (pyriformis)، عضلات توامیہ (gemelli)، عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) و خارجہ (externus) عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris)، عضلات مقربہ کبیرہ (adductor magnus) و قصیرہ (brevis)، عضلہ مشطیہ (pectineus)، عضلہ خصر بیک (psoas)، عضلہ صر قفیبہ (iliacus) معہ کسی رباط کے۔ اگر یہ علیہ ضعیف مرض کے لئے کیا جائے تو ان جملہ عضلات کو ان کے مبادی کے قریب سے جو حوض پر ہوتے ہیں کاٹنا چاہئے اور ترقہ یا سالم نکال دینا چاہئے۔

# باب بست و سوم

## ران

592

(THIGH)

ران کی اصطلاح کے تحت جارحہ عضل کے اس حصہ کا بیان کرنا موزوں ہوگا جو مذکورہ سابقہ حصوں اور گھٹنے اور ماہی (popliteal) فضا کے خطوں کے درمیان ہوتا ہے۔ سطحی تشریح عضل اشخاص میں ران کا خاکہ بے قاعدہ ہوتا ہے۔ لیکن بنیادی شخص کے عضلات کم نمویافتہ ہوں اور ان میں زیر جلدی چربی کافی مقدار میں موجود ہوں ان میں جارحہ کا یہ حصہ کم و بیش یکساں طور پر مستدیر ہوتا ہے۔ عضل مستقیمہ کا فراز ران کی مقدم جانب پر خاص کر جب کہ یہ عضل اپنا فعل کر رہا ہو دکھائی دیتا ہے۔ اس ساخت کی اندرونی جانب پر وہ فراز ہوتا ہے جو عضل وسیعہ داخلہ (vastus internus) (وسطیہ: medialis) سے بنتا ہے اور یہ ران کے زیرین نصف پر نمایاں ہوتا ہے۔ عضل مستقیمہ کی بیرونی جانب پر کا تو وہ عضل وسیعہ خارجہ (vastus externus) (جانبیہ: lateralis) سے بنا ہوتا ہے اور جارحہ کے اس خط کے زیادہ تر حصہ میں واقع ہوتا ہے، مگر نیچے جا کر یہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ ران کی مقدم اور اندرونی جانب پر ایک نشیب فخذی مثلث (Scarpa's triangle) سے لیکر نیچے کی طرف کیچلا جاتا ہے جو عضل ذواربہ الرؤس (quadriceps) اور مقربات (adductors) کے درمیان کے وقفہ کو ظاہر کرتا ہے۔ اس میزب کے ساتھ ساتھ

عضلہ خیاطیہ (sartorius) واقع ہوتا ہے۔ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کی سطح پر ایک طولانی نشیب اکثر دیکھنے میں آتا ہے۔ جو رباط عریض (fascia lata) کے برہادہ حرقنی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کا دباؤ پڑنے سے بنتا ہے۔ عضلہ کشادہ (hamstrings) مابغی فضا سے اور ایک دوسرے سے تمیز نہیں کئے جاسکتے۔ اور نہ مقربات ہی سے ان کی علیحدگی شناخت کی جاتی ہے، مگر عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) سے ان کی علیحدگی نمایاں ہوتی ہے۔ اور یہ خارجی بن عضلہ فاصل (external intermuscular septum) کی متناظر ہوتی ہے۔ فخذی عروق کے خط کا ذکر پہلے کیا جا چکا ہے (صفحہ 566)۔ طویل صافنی (long saphenous) ورید ران میں عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے ممر کی متابعت کرتی ہے۔ اور سطح پر یہ اس خط سے ظاہر کی جاسکتی ہے جو صافنی فتحہ (صفحہ 566) سے لیکر عضلہ خیاطیہ کے موخر کنارہ تک عظم فخذی کے اندرونی (وسطانی) قندال کے لیول پر کھینچا جائے۔ طویل صافنی عصب (long saphenous nerve) فخذی شریان کے ممر کی متابعت کرتا ہے۔ پہلی یہ اس عرق کے باہر کی طرف واقع ہوتا ہے اور پھر اس کو بندرتیج عبور کر جاتا ہے۔ ران کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں یہ عصب عضلہ خیاطیہ (sartorius) کے نیچے گھٹنے کی اندرونی جانب کی طرف کو چلا جاتا ہے۔ اور قنمی شریان (anastomotic artery) کی سطحی (صافنی) (saphenous) شاخ اس کی رفیق ہوتی ہے۔ اگر جراحی کچھلی جانب پر عظیم طر و خا اور حدیثہ ور کی (tuber ischii) کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے لیکر گھٹنے کی کچھلی طرف کے وسط تک ایک خط کھینچا جائے تو وہ عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اور اس کے تسلاات میں سے ایک یعنی داخلی مابغی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) متناظر ہوگا۔ یہ عظیم متاعام طور پر ران کے وسط سے ذرا نیچے دو شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے۔

ران کی جلد باہر کی جانب پر موٹی ہوتی ہے مگر اندر کی طرف یہ باریک اور نازک ہوتی ہے۔ اور اس لئے ٹیرش کے جلدی پیوندوں (Thiersch's skin-grafts) کے حاصل کرنے کے لئے بہت موزوں ہوتی ہے۔ یہاں یہ خواب طریقہ سے پٹیاں باندھنے اور جیرے لگانے سے آسانی سے تسخ ہو جاتی ہے۔ ماتحت حصوں سے یہ صرف ڈھیلی چسپیدہ

ہوتی ہے اور یہ ایک ایسی حالت ہے جو اس خط پر کے مدور بقدر کی سرانجام دہی میں بہت سہولت پیدا کرتی ہے۔ بہر کیف ایک جگہ پر یہ ذرا زیادہ چسپیدہ ہوتی ہے یعنی اس میں زیادہ جو عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلات کا فہم (hamstrings) سے علیحدہ کرتا ہے اور جو بیرونی بین عضلی فاصل کا متناظر ہوتا ہے۔ زیر جلدی بافت کا ڈھیلا پن جلد کے نیچے وسیع وعابدریوں کے واقع ہونے کی تائید کرتا ہے۔ اور اسی کی وجہ سے جارحہ کے اس حصہ کے ضربات میں جلد کے بڑے بڑے دامن پھٹ جاتے ہیں۔

ردائے عریض (fascia lata) جارحہ کو حسیست آستین کی طرح محصور کرتی ہے

594

اس کا بیرونی حصہ سب سے زیادہ موٹا ہوتا ہے اور یہاں اس سے کثیف حرقفی قصبیتی (ilio-tibial) بند بنتا ہے۔ ران کی بالائی اور اندرونی سطوح پر جہاں یہ عضلات مقربہ کو پوشیدہ کرتی ہیں یہ باریک ترین ہوتی ہے۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب کے قریب پہنچنے پر اس معتد بہ طاقت آجانی ہے اور قصبیہ (tibia) اور چھینی (patella) کے حاشیوں سے چسپیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ ردا خاص کر اپنے بیرونی حصہ پر سلعات اور خراجات کی بالیدگی کو مزاحم آتی ہے، اور خون کی عینی وعابدریوں کو محدود کرتی ہے۔ اس کا کچھ حصہ چوٹ سے گاہے گاہے شق ہو جاتا ہے اور دریدگی میں سے ماتحت عضلہ ابھر آتا ہے جس سے عضلہ کا فتق نجاتا ہے۔ یہ حالت عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) اور مقربہ طویلہ (adductor longus) میں پائی جا چکی ہے۔ ایسے فتوق میں متاثر عضلات کے ریشوں میں کیتھ رائشقاق بھی پایا جاتا ہے۔ اس ردا کے دو گہرے زائدے فخذی سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور ان سے بیرونی اور اندرونی بین عضلی فاصل (intermuscular septa) بنتے ہیں۔ بیرونی فاصل عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) کو عضلہ ذواراسین (biceps) سے، اور اندرونی فاصل عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کو عضلات مقربہ سے علیحدہ کرتا ہے۔ یہ فاصل ردائے عریض کے ساتھ مل کر ران کو دو صفاتی فضاؤں میں تقسیم کر دیتے ہیں جو جارحہ کی مستعرض تراش میں ظاہر کیا جاسکتی ہیں (شکل ۱۳۸)۔ لیکن ان قسموں کی کوئی جراحی اہمیت نہیں اور اندرونی فاصل اکثر اتنا باریک اور کمزور ہوتا ہے کہ خراج کے رخ پر اثر انداز نہیں ہو سکتا۔

ران کے مدورہوتور میں عضلات ان میں کچیاں پور پر باز کشیدگی واقع نہیں ہوتی، کیونکہ بعض عضلات فخذی کی پوری سے چسپیدہ ہوتے ہیں اور بعض آزاد ہوتے ہیں۔ اور جو عضلات اس سے چسپیدہ ہوتے ہیں وہ مقربات (adductors)، عضلات وسیعہ (vasti)، اور ساقیہ (crureus) (عضلہ وسیعہ وسطیہ: vastus intermedius) ہیں۔ اور جو آزاد ہوتے ہیں وہ عضلہ خیالیہ (sartorius)، عضلہ مستقیمہ (rectus)، عضلات کا ذہ (hamstrings)، اور عضلہ رشتیقہ (gracilis) ہیں۔ بافتوں کی باز کشی کی قوت کو تمام ہوتور میں ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے۔ ہڈی میں جس کو پوشیدہ کرنا پڑتا ہے باز کشی کی قوت موجود نہیں ہوتی۔ اعصاب بہت کم باز کشیدہ ہوتے ہیں اور جب تک کہ ان کو بہت نزدیک سے نہ کاٹا جائے ان کے سروں کے پھول کر بصلیہ نما اور حساس بن جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ 595

بغلاف اس کے نشہ یا نوں میں باز کشی کی قابلیت بہت زیادہ ہوتی ہے۔ وریدیں کم لچکدار ہوتی ہیں اور ان میں باز کشی کا رجحان کم ہوتا ہے۔

عضلہ ذہ واربعۃ الرؤس (quadriceps) کا وتر باوجود بہت مضبوط ہونے کے عضلہ پر بہت زور پڑنے سے شق ہو جاتا ہے۔ ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں عضلہ خیالیہ (sartorius) پالنتی مار کر میٹھنے کی حالت میں زور لگنے سے شق ہو گیا تھا (لائسٹ: Lancet: ۱۸۷۳ء)۔

فخذی شریان (femoral artery) ران میں اپنے ممر کے ہر ایک حصہ میں باندھی جاسکتی ہے اور اس کے محل کے مقابلہ سطحی ہونے کی وجہ سے اس کے ضرر رسیدہ ہونے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ ران کے وسطی ثلث میں یہ عضلہ خیالیہ (sartorius) کے نیچے ہنٹر (Hunter) کی قتال میں واقع ہوتی ہے۔ جس عجیب و غریب طریقہ سے اصلی شریان کی صرف منفوشاخوں ہی کو نقصان پہنچتا ہے اس کی بہت سی مثالیں ران میں پائی جاتی ہیں۔ بخلاف اس کے جنگ عظیم کے دوران میں ایسے واقعات بھی درج کئے گئے ہیں جن میں فخذی شریان اور فخذی ورید گولی کے زخم سے نکل کر پکٹ گئی تھیں، اور صرف خفیف سائز ہی واقع ہوا تھا۔ ان واقعات میں یہ معلوم ہوا تھا کہ شق سرے دور تک علحدہ ہو گئے تھے، اور ان کی کوریں اندر کی طرف کو عروق کے درونہ جات میں ٹر گئی تھیں۔

فخذی کی پوری کے کسور۔ پوری کے ہر ایک حصہ میں کسور واقع ہو سکتا ہے لیکن یہ ضرر ہڈی کے وسطی ثلث میں نہایت کثیر الوقوع اور بالائی ثلث میں نہایت قلیل الوقوع ہے۔ اگر ہڈی بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹے تو کسور عام طور پر مستعرض ہوتا ہے، اور اگر بالواسطہ سے ٹوٹے تو یہ بالعموم ترچھا ہوتا ہے۔ بلا واسطہ ضرب سے کسور واقع ہونے کا امکان ہڈی میں نیچے سے اوپر کو کم ہوتا جاتا ہے، اور بالواسطہ قوت سے ضرر واقع ہونے کا امکان اس رخ میں بڑھتا جاتا ہے۔ چنانچہ یہ واقعہ ہے کہ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے کسور بالعموم ترچھے اور زیرین ثلث کے زیادہ تر مستعرض ہوتے ہیں۔ فخذی اکثر عضلی زور سے بھی کسور ہو چکی ہے، مگر یہ امر مشتبہ ہے کہ ایسا سوائے مرض زدہ ہڈی کے کسی دوسری میں بھی ہوا ہے۔ ان حالتوں میں سے کئی ایک میں قوت کی مقدار جس سے ہڈی شکستہ ہوتی ہے نہایت قلیل ہوتی ہے۔ اس ہڈی کے بالائی ثلث کے ترچھے کسور میں کسور کا خط بالعموم نیچے کی اور اندر کی طرف کوجاتا ہے، اور وسطی ثلث کے ترچھے کسور میں اس کا رخ زیادہ تر نیچے کی اور آگے کی طرف کوجاتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا جانبی میلان بھی موجود ہوتا ہے جو بعض اوقات اندر کی اور بعض اوقات باہر کی طرف کوجاتا ہے۔ ہڈی کے زیرین ایک تہائی حصہ کے کسور پر گھٹنے کے خط کے سلسلہ میں بحث کی گئی ہے (باب بست و چهارم)۔

596

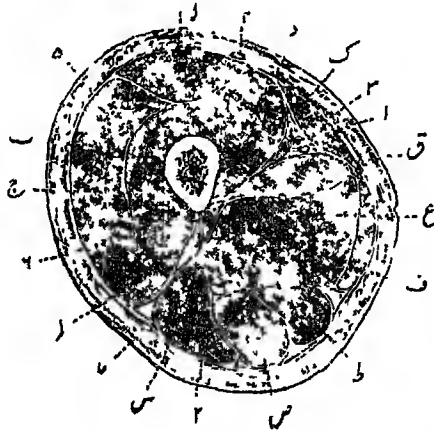
جہاں تک بالائی اور وسطی ایک تہائی حصوں کے کسور کا تعلق ہے، لکھو وں کی غیر وضعیتوں کا انحصار زیادہ تر کسر کے ترچھے پن پر ہوتا ہے۔ زیرین قطعہ قاعدۃ اوپر کی طرف کوجالائی قطعہ کے پیچھے عضلات کا زرد (hamstrings) سے مل جاتا ہے۔ اور عضلہ مستقیمہ (rectus)، رشیقیہ (gracilis)، خیاطیہ (sartorius)، ناشرہ رداثیہ (tensor fasciae)، اور مقربات (adductors) ان عضلات کی مدد کرتے ہیں، اور یہ قطعہ مؤخر الذکر عضلات کے اثر سے ذرا اپنی اندرونی جانب کو بھی جلا جاتا ہے۔ اوپر کے ٹکڑے کا زیرین سرا آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کوجاتا ہے۔ اور اس غیر وضعیت کا باعث نیچے کا ٹکڑا ہوتا ہے جو اوپر کے ٹکڑے کو مذکورہ رخ میں ہٹا دیتا ہے۔ پوری کے بالائی ثلث کے کسور میں اوپر کے ٹکڑے کو باہر کی طرف اجماعاً آنے میں عضلہ حرقفینہ (ilio-psoas) سے مدد ملتی ہے۔ اسلئے فخذی کی پوری کے کسوریں جو بیکسلی پیدا ہوتی ہیں وہ بالعموم زایوی ہوتی ہیں۔ پاؤں کی برؤں گدی جو فخذی کے

کسور میں دیکھنے میں آتی ہے جارحہ کے وزن سے پیدا ہوتی ہے جو بے بس حصہ کو باہر کی طرف کو گھما دیتا ہے۔

بعض لولبی (spiral) یا مرغولہ نما (helicoidal) کسور توتوی (torsion) سے

پوری کے زیرین حصہ میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ ایم۔ فیری (M. Féré) نے تجربہ سے یہ دریا کیا ہے کہ اگر جارحہ کو دوسری جانب کے گھٹنے کے آگے سے گزار کر پاؤں کو باہر کی طرف گھمائیں تو غذی کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر لولبی کسور پیدا کیا جاسکتا ہے جارحہ کو باہر کی طرف لیجا کر اس کو اندر کی طرف گھمانے سے بھی اسی قسم کا ایک کسور پیدا کیا جاسکتا ہے

597



شکل ۱۳۸ مستعرض تراش ران کے وسط میں ہے۔

(بران Braune)۔

ارمستقیمہ غذیہ۔ ب۔ وسیعہ خارجہ۔ ج۔ مائیہ۔ د۔ وسیعہ داخلہ۔ س۔ ذوراسین کا تصویر۔  
س۔ ذوراسین کا طویل سر۔ ص۔ نیم وتری عضلہ۔ ط۔ نیم غشائی عضلہ۔ ع۔ مقربہ کبیرہ۔ ف۔ شقیہ۔  
ق۔ مقربہ طویلہ۔ ک۔ خیاطیہ۔ ۱۔ غذی شریان۔ ۲۔ عظیم نائی عصب۔ ۳۔ عظیم صافنی ورید۔ ۴۔ وسطی  
جلدی عصب۔ ۵۔ خارجی جلدی عصب۔ ۶۔ عجین شریان کی ثاقب شاخیں۔ ۷۔ صغیر نائی عصب۔



گو لوہہ کا رخ اس کے برعکس ہوتا ہے۔

کمر کے بعد جارج کا قصہ۔ ہڈیوں کے شکستہ سروں کو بٹھانے اور ان کو اس محل پر قائم رکھنے میں جو خاص دقت پیش آتی ہے وہ ارد گرد کے عضلات کے فعل سے پیدا ہوتی ہے۔ کمر واقع ہونے کے وقت سے قرب و جوار کے تمام عضلات پر معکوس انقباض کی ایک حالت طاری ہو جاتی ہے۔ اس انقباض کو عمومی یا مقامی معدوم حص کے ذریعہ سے رفع کیا جاسکتا ہے اور پھر حصوں کو ان کی مناسب وضع پر دست نام کیا جاسکتا ہے۔ حصوں کو ان کی وضع پر قائم رکھنے کے لئے دو اصول ضرور ذہن نشین رکھنے چاہئیں۔ (۱) جن صدموں سے معکوس انقباض پیدا ہوتا ہے ان کو جوڑوں کی مکمل تثبیت سے جسکے ساتھ عضلات کی تثبیت بھی ہو جاتی ہے ضرور روک دینا چاہئے۔ (۲) جارج پر وزنوں اور برنجیوں کے ذریعہ سے مسلسل عمل کرنے والی باسط قوت کا استعمال کرنے سے عضلات کی قوت بازگشتی پر بتدریج غلبہ حاصل کرنا چاہئے۔ اس موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا ضروری ہو کہ جارج اسفل کا طول بعض اوقات طبعی طور پر غیر مساوی ہوتا ہے۔ ڈاکٹر گارسن (Dr. Garson) نے تقریباً۔ پانچویں کے مختلط امتحان کی بنا پر یہ بیان کیا ہے کہ تمام واقعات میں سے تقریباً۔ ان فی صدی ہی میں دونوں جارج کا طول مساوی ہوتا ہے۔ انھوں نے یہ بھی دریافت کیا کہ قصبیہ (tibia) کی نسبت فخذی میں یہ اختلاف زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔

598

ران کا وتر۔ جیسا کہ پہلے ذکر کیا جا چکا ہے (صفحہ 594) عضلات کے غیر مساوی انقباض کی وجہ سے مدور وتر ران کے لئے ہتھامہ موڑوں نہیں ہوتا۔ اس لئے قابل ترجیح عملیہ وہ ہے جس میں ران کی سامنے کی بافتوں سے بڑا دامن بنایا جاتا ہے اور پچھلی طرف کی ساختوں سے چھوٹا۔ جن مختلف ساختوں سے سابقہ پڑتا ہے وہ اور ان کا باہمی تعلق ران کی تراش کا جیسی کہ شکل ۱۳۸ میں دکھائی گئی ہے مطالعہ کرنے سے بہترین طور پر سمجھ میں آ جاتا ہے۔ جو حصے کاٹے جاتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں۔ (۱) اربعہ لڑکے (quadriceps)، (۲) خیالیہ (sartorius)، (۳) رشیقہ (gracilis)، (۴) کویل اور کبیر مقربا (adductors)، (۵) اینٹوں عضلات کاژدہ (hamstrings)، (۶) سلجی اور عمیق فخذی عسروق

خارجی منحن (external circumflex) نریان کی نزولی شاخیں، زیرین شائب عروق، اور طویل صافنی ورید، فخذی عصب کی بڑی بڑی شاخیں (وسطی جلدی، داخلی جلدی، اور عضلی معطویل صافنی عصب کہے)، خارجی جلدی عصب کی مقدم شاخ، عصب ساد (obturator)، اور عظیم اور صغیر فسانی (sciatic) اعصاب۔

# باب بست وچہام گھٹنے کا خطہ

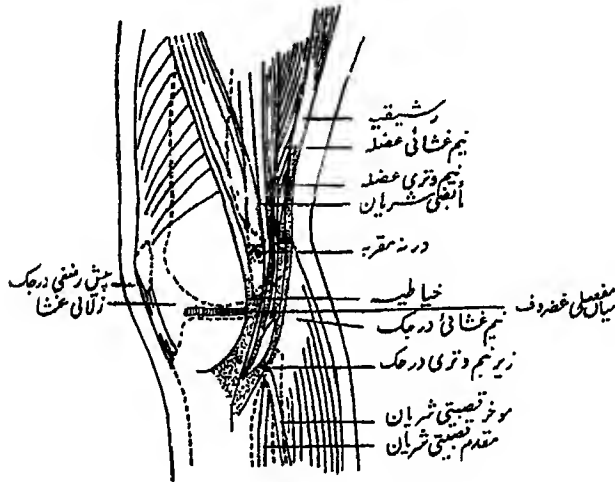
599

اس باب میں گھٹنے کے جوڑ اور اس کے ارد گرد کے نرم حصوں، مابقی فضا (popliteal space)، فخذی کے نیچے کے سرے، چپنی (patella) اور قببیہ (tibia) اور تنطیہ (fibula) کے نیچے کے سروں کا بیان کیا جائے گا۔

سطحی نثریح۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب پر چپنی واضح طور پر محسوس کی جاسکتی ہے اس کا اندرونی کنارہ بیرونی کی نسبت ذرا زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب یہ جارحہ بسط کر دی گئی کی وضع میں ہوتا ہے اور عضلہ ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) ڈھیلا ہوتا ہے تو چپنی ادھر ادھر ہٹائی جاسکتی ہے، اور ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ ڈھیلا جھپیدہ ہے۔ جب ذواربعۃ الرؤس (quadriceps) منقبض ہوتا ہے تو یہ ہڈی اوپر کی طرف کوکچ جاتی ہے۔ اور فخذی کے بالمقابل مضبوطی سے ثبت ہو جاتی ہے۔ جوڑ کی خم کر دی گئی کی حالت میں چپنی اس خالی جگہ میں چلی جاتی ہے جو قببیہ اور میاں تندیالی کٹاؤ (intercondyloid notch) کے درمیان ہوتی ہے۔ اور بہت مضبوطی سے ثبت ہو جاتی ہے۔ اس وضع میں فخذی کی بکری (trochlear) سطح کا کچھ حصہ چپنی سے اوپر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ چپنی کی ہر ایک طرف ایک خالی جگہ ہوتی ہے، جو فریبہ اشخاص میں چربی سے بعض اوقات مکمل طور پر پُر ہوتی ہے۔

جب باہر سے بسط کردگی کی حالت میں ہوتا ہے تو رُضفی رباط (ligamentum patellae) زیادہ واضح طور پر محسوس نہیں ہوتا۔ خم کردگی کی حالت میں یہ ذرا زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔ اور جب عضلہ ذوالربعۃ الرؤس (quadriceps) زور سے منقبض ہوتا ہے تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے۔ چربی کی زیر رُضفی گدی اس رباط کی ہر ایک جانب پر باہر کو ابھری ہوتی ہے، اور ناتجربہ کار منشا ہر بعض اوقات اس سے یہ سمجھ لیتے ہیں کہ جوڑ میں سیال موجود ہے۔

600



شکل ۱۳۹۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندر کی طرف کی سطحی شریح۔

گھٹنے کی اندر کی طرف پر مندرجہ ذیل حصص اوپر سے نیچے کو محسوس کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۳۹)۔ عضلہ مقربہ کبیرہ (adductor magnus) کا درزہ، اور اس عضلہ کا منہائی وتر، فخذی کا اندرونی قندال جو بہت نمایاں ہوتا ہے، (جوڑ کی اس جانب پر جو گول قراڑ ہوتا ہے اس کا بہت سا حصہ اسی سے بنتا ہے) اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا اندرونی حدیبہ (قندال)۔ ہڈی کے دونوں موخر الذکر زائندوں کے درمیان میں مفصلی خط اور

نیم قمری غضروف (وسطانی ہلالیہ: medial meniscus) محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ جوڑ کی بیرونی جانب پر فخذی کا خارجی قندال ہوتا ہے، اور یہ دوسری طرف کے فریق قندال سے کم نمایاں ہوتا ہے، اور اس کے نیچے قصبیہ (tibia) کا متناظر حدیبہ ہوتا ہے۔ جو ایکس نمایاں فراز کی شکل کا ہوتا ہے۔ ذور اسین (biceps) کے وتر کے عین سامنے خارجی جانب رباط کا بالائی حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ جوڑ ذرا خم کردہ ہو۔ اس وتر اور چھنی کے درمیان حرقنی قصبیتی بندہ (ilio-tibial band) کا نیچے کا حصہ ایک نمایاں مستدیر بند کی شکل میں قصبیہ (tibia) کے خارجی حدیبہ (قندال) سے نیچے کی طرف کو آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ جب گھٹنا عضلی فعل سے بزور بسط کردہ ہو تو یہ نمایاں ترین ہوتا ہے اور اکثر جلد کے نیچے واضح طور پر ابھرتا ہے۔ قصبیہ (tibia) کا درز اور شطیبہ (fibula) کا تقریباً ایک ہی لیول پر آسانی محسوس کئے جاسکتے ہیں۔

601

ماہضی فضا (popliteal space) صرف اسی حالت میں ایک گڑھے کی شکل میں نمودار ہوتی ہے جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو۔ بسط کردہ جارحہ میں اس گڑھے کی جگہ ایک فراز نمودار ہو جاتا ہے جس کی گولائی یکساں ہوتی ہے۔ جلد کا وہ شکن جو گھٹنے کے خم کے پیچھے سے مستعرضاً گزرتا ہے وہ گھٹنے کے جوڑ کے خط سے ذرا اوپر واقع ہوتا ہے۔ اس فضا کی بیرونی جانب پر ذور اسین (biceps) کا وتر خاکم کہ یہ عضلہ فعل کر رہا ہو بہت آسانی سے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے عین پیچھے اور اس کے اندرونی کنارہ کے ساتھ مشترک شطبی (common peroneal) عصب واقع ہوتا ہے۔ اسے شطیبہ (fibula) کے سر پر جیسے یہ عبور کر کے عضلہ شطیبہ طویلہ (peroneus longus) کے نیچے چلا جاتا ہے، انگلی کے نیچے پھرایا جاسکتا ہے۔ ابلہ (ham) کی اندر کی طرف بین وتر محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ اس فضا کے وسط کے قریب ترین نیم وتری عضلہ (semitendinosus) کا طویل اور نمایاں وتر ہوتا ہے۔ اس کے اندر کی طرف نیم غنائی عضلہ (semimembranosus) کا اس سے بڑا اور کم واضح وتر ہوتا ہے۔ اور اس کے اندر کی طرف عضلہ رشقیہ (gracilis) شناخت کیا جاسکتا ہے۔

ماہضی عروق (popliteal vessels) ابلہ (ham) میں اس کے بالائی اور

اندرونی حصہ پر نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے سے ترچے رخ میں اٹل ہوتے ہیں۔ اس عضلہ کا بیرونی کنارہ شریان کے بالائی حصہ کی رہنمائی کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ عروق نیچے کی طرف کو آتے ہوئے اس نقطہ پر پہنچتے ہیں جو گھٹنے کے جوڑ کے وسط کے نیچے واقع ہوتا ہے، اور پھر عموداً نیچے کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ مابطنی (popliteal) شریان کی انتہا جو عضلہ مابطنیہ (popliteus) کے زیرین کنارے پر ہوتی ہے، قصبیہ (tibia) کے درجہ کے زیرین حصہ کے لیول پر پائی جاتی ہے۔ اس فضا کے بالائی حصہ میں وریڈ شریان کے باہر کی طرف واقع ہوتی ہے اور عصب اور بھی باہر کی طرف ہوتا ہے۔ زیرین حصہ میں یہ ساختیں ایک دوسرے کو عبور کر جاتی ہیں اور ہر ایک کے محل کی ترتیب الٹ جاتی ہے۔ عبور کرتے وقت شریان سب سے گہری واقع ہوتی ہے، اور عصب سب سے اوپری (موخر) ہوتا ہے، اور وریڈ درمیان میں ہوتی ہے۔ جب جارحہ خم کردہ ہوتا ہے تو شریان کے نبضانات محسوس کئے جاسکتے ہیں اور یہ عرق اس مقام سے ذرا نیچے جہاں یہ مابطنی فضا میں داخل ہوتا ہے فخذی کے بالمقابل مضبوط کیا جاسکتا ہے۔ بالائی مفصلی شریانیں فخذی قندالوں کے عین اوپر مستعرض رخ میں اندر کی اور باہر کی طرف کو جاتی ہیں۔ اور زیرین مفصلی شریانیں بھی مستعرض واقع ہوتی ہیں، ان میں سے اندرونی عروق قصبیہ کے اندرونی حدیبہ کے عین نیچے سے گذرتے ہیں، اور بیرونی شیطیہ (fibula) کے سر کے عین اوپر سے قصبیہ کبیر (anastomotica magna) کی عمیق شاخ فخذی کے اندرونی قندال تک عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) کے جرم میں سے، اور مقررہ کبیرہ (adductor magnus) کے وتر کی مقدم جانب کے ساتھ ساتھ نیچے کی طرف کو آتی ہے۔ داخلی صافنی (internal saphenous) وریڈ فخذی کے داخلی قندال کے عقبی حصہ کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو جاتی ہے، اور پھر عضلہ خیالمیہ (sartorius) کے ساتھ ساتھ ران میں چلی جاتی ہے۔ قصبیہ صافنی (short saphenous) وریڈ ربلہ کے عین نیچے پنڈلی کے خط وسطی کی متابعت کرتی ہے، اور مابطنی فضا کے زیرین حصہ پر عمیق رد اکو نقشب کرتی ہے۔

داخلی مابطنی عصب (internal popliteal nerve) (قصبیتی : tibial) خط وسطی کے ساتھ ساتھ نیچے کو آتا ہے۔ اور اس خط کی سیدھ میں آگے بڑھ جاتا ہے

جو عظیم نسائی تنے (great sciatic trunk) کے مرکب ہر کرتا ہے۔  
 گھٹنے کی سامنے کی طرف۔ گھٹنے کی سامنے کی طرف کی جلد کثیف اور بہت  
 حرکت پذیر ہوتی ہے۔ یہ حرکت پذیری خاص کر کند آلوں کی ہولوں میں اور ہر ایسی ضرب میں  
 جس میں جلد کے پھیلنے کی حرکت چوڑے کے رخ کو مفصل کی طرف سے ہٹا سکتی ہے، گھٹنے کے  
 جوڑے کی معتدبہ محافظت کرتی ہے۔ خم کر دگی کے دوران میں جلد چینی کے اوپر کس کر کچ جاتی  
 ہے۔ اور جیسا کہ دوسرے مقامات پر (جہاں جلد ہڈی پر کم و بیش بلا واسطہ واقع ہوتی ہے)  
 اوتا ہے چینی پر کی کو فنگی سے بعینہ کٹے ہوئے زخم کے مشابہ ضرر پیدا ہو سکتا ہے۔

اس مفصل کی سامنے کی جانب پر زریہ جلدی پھر جی بہت کم ہوتی ہے۔ چنانچہ  
 گھٹنے کے جوڑے سے جو ہز کئے جاتے ہیں ان میں مقدم دامن بہت پہلا ہوتا ہے اور سولے  
 سادہ جلد کے اور کسی شے سے مرکب نہیں ہوتا۔

جن عروق سے گھٹنے کی سامنے کی طرف کو شاخیں آتی ہیں اور جو ان حصوں کی پر  
 سے قلعی رکھتے ہیں اور جن پر عام طور پر آبلے ڈالے جاتے ہیں وہ قسمی (anastomotic)  
 نابضی (popliteal) کی چار مفصلی شاخیں، اور مقدم قبضیتی (anterior tibial)  
 (recurrent) ہیں۔ گھٹنے کی سامنے کی جانب اور اس جوڑے کے مقدم حصوں اور عضلہ  
 ذوار بعنہ الرئوس (quadriceps) کو جو اعصاب آتے ہیں وہ تیسرے اور چوتھے قلعی قطعاً  
 سے نکلتے ہیں، اور مقدم ساقی (anterior crural) (تخذی: femoral) اور سار  
 (obturator) اعصاب کی شاخوں کی شکل میں ان تک پہنچتے ہیں۔

گھٹنے کے خط کے سطحی عروق لمف زیادہ تر اس جوڑے کی اندرونی طرف پر واقع  
 ہوتے ہیں اور طویل صافنی (long saphenous) عصب کے مرکب متابعیت کرتے ہیں۔  
 اس مفصل کے اوپر کی جلد کے قروح اور التهابی عوارض میں التهاب عروق لمف  
 (lymphangitis) اور ربنی غد میں کلانی واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے، اور یہ  
 احتمال ان قروح اور عوارض کے باہر کی اور سامنے کی جانب واقع ہونے کی نسبت  
 ان کے اندر کی طرف پائے جانے سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

گھٹنے کی سامنے کی جانب پر مندرجہ ذیل درجیں پائی جاتی ہیں۔ (۱) رضنی درجہ

(patellar bursa)۔ یہ ایک بڑا ساناچہ ہے جو چینی اور رضفی رباط کے بالائی حصہ کے سامنے واقع ہوتا ہے، اور ان ساختوں کو جلد سے علحدہ کرتا ہے (شکل ۱۳۹)۔ فوٹل کے ذریعہ سے یہ اکثر سطحی اور عمیق خانوں میں منقسم ہوتا ہے۔ جن لوگوں کو گھٹنوں کے بل جھکنا پڑتا ہے ان میں یہ اکثر بہت کلانی یافتہ ہوتا ہے، مثلاً خادماؤں، سنگ تراشوں اور مذہبی شخصوں وغیرہ میں اس درجہ کے ارد گرد کے حصوں میں اعصاب کی رسد کثرت سے موجود ہوتی ہے اور اس لئے اس کے مادہ التهاب میں بہت سادہ دروپایا جاتا ہے۔ چینی سے یہ بہت قریبی طور پر ملا ہوتا ہے، اور ایریخسن (Erichsen) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی ہے جس میں اس درجہ کے قلع سے اس ہڈی میں بوسیدگی واقع ہو گئی تھی۔ (۲) ایک درجہ رضفی رباط (patellar ligament) اور قصبیہ (tibia) کے درنہ کے درمیان ہوتی ہے (شکل ۱۴۰)۔ مذکور سابقہ درجہ کے عوارض میں جو درد پایا جاتا ہے اس کی نسبت اس درجہ کے ملتبہ ہونے میں زیادہ درد محسوس ہوتا ہے، کیونکہ یہ دو استوار ساختوں یعنی رباط اور ہڈیوں کے درمیان مضبوطی سے مضبوط ہوتی ہے۔ زلابی کہف سے یہ اس چربی کی گدی سے علحدہ ہوتی ہے جو چینی کے نیچے موجود ہوتی ہے۔ (۳) عضلہ ذوار بعد از زوار (quadriceps) کے وتر اور فخذی کے درمیان جو درجہ واقع ہوتی ہے اس کا ذکر زلابی کہف کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ قرب وجوار کی دوسری درجہوں کے لئے دیکھو صفحہ

- 607

مابضی فضا (popliteal space)۔ اس فضا کے اوپر کی جلد اتنی حرکت

604

نہیں ہوتی جتنی کہ گھٹنے کی مقدم جانب پر کی ہوتی ہے۔ جب چوٹ یا احتراقات یا وسیع تقرح سے یہ تباہ ہو جاتی ہے تو ان سے پیدا شدہ ندبہ کے انقباض سے گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے اور اس میں استواری واقع ہو جاتی ہے۔ اس مقام کی جلد منقبض گھٹنے کی حالت میں بزور توسیع کرنے سے شق بھی ہو چکی ہے۔ جلد اور سطحی بافت کے نیچے مابضی ردا (popliteal fascia) ہوتی ہے۔ یہ ایک کثیف غشا ہے جو اس فضا کو پوشیدہ کرتی ہے۔ یہ ران کی روائے عریض (fascia lata) کا تسلسل ہی ہے، اور نیچے کی طرف یہ ٹانگ کی ردا کے ساتھ تسلسل ہو جاتی ہے۔ یہ عضلات کا ذہ (hamstring)



(muscles) کے اوپر سے جو ربلہ (ham) کی حد بندی کرتے ہیں بخیر کی غلطی چسپیدگی کے گزر جاتی ہے۔ یہ ردا مابضی خراجست اور بالیدول کو سطح کی طرف ترقی کرنے سے اکثر بہت نمایاں طور پر روک دیتی ہے۔ اس کی مغلوبہ کی اس شدید وردگی پیدائش کا اصلی سبب ہے جو ایسے اجتماعات یا سلعات میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ مابضی خراج سطح تک پہنچنے سے قاصر ہوتا ہے اس لئے اسے یا تو اوپر کی طرف ران میں یا نیچے کی طرف ٹانگ میں چلے جانے میں سہولت ہوتی ہے۔ ربلہ (ham) میں پیپ کی معتد بہ معتد ارجح رہ سکتی ہے۔

پیپ سرین یا حوض سے عظیم نائی (great sciatic) عصب کے ساتھ ساتھ ربلہ (ham) میں پہنچ سکتی ہے، یا ران سے اس سوراخ میں سے ہو کر پھیل سکتی ہے جو مقربہ کیو (great adductor) میں فحذی عروق کے لئے ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstring muscles) اور ردا کی ساختیں گھٹنے کے جوڑ کے غیر لغت مرض میں اکثر مستقل طور پر مقصد پائی گئی ہیں۔ اور اس سے ٹانگ کی ران پر ایک کم و بیش استوار خم کردگی پیدا ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض کی خراش سے عضلات کا ذہ (hamstrings) میں تقبض پیدا ہو سکتا ہے۔ ان عضلات کی عصبی رسد عظیم نائی (great sciatic) عصب کے ذریعہ سے پانچویں قطنی قطعہ سے آتی ہے جس سے گھٹنے کی عصبی رسد کا کچھ حصہ بھی آتا ہے۔ گھٹنے کے جوڑ کے مرض میں ان عضلات کے انقباض کا رجحان نہ صرف گھٹنے کو خمیدہ کرنے کی طرف ہی ہوتا ہے بلکہ قصبہ (tibia) کو پیچھے کی طرف کھینچنے اور بعض واقعات میں جزوی خلج پیدا کر دینے کی طرف بھی ہوتا ہے۔

عضلات کا ذہ (hamstrings) کے اذنا بعض اوقات بہت زور پڑ جانے سے مشتق ہو جاتے ہیں۔ اور جو وتر سب سے زیادہ کثرت سے پھٹتا ہے وہ ذور اسبین (biceps) کا وتر ہے۔ جب دھڑ گھٹنوں کو بسط کردگی کی حالت میں رکھتے ہوئے کولے کے جوڑ پر زور سے خمیدہ کیا جاتا ہے تو یہ عضلات بہت تن جاتے ہیں۔ اس وضع میں انتہائی حرکت سے اس عضلہ کے بعض ریشے مشتق ہو چکے ہیں۔ گھٹنے سیدھے رکھ کر پاؤں کی انگلیوں کو ہاتھ کی انگلیوں سے چھونے میں جو دقت پیش آتی ہے اس کا انحصار تنیدہ عضلات کا ذہ

(hamstrings) کی مزاحمت پر ہوتا ہے۔

ذو راسین (biceps) کے وتر کی وتر شکافی (tenotomy) میں مشترک شغلی (common peroneal) (نسائی: sciatic) باسانی زخمی ہو سکتا ہے۔ معلوم ہو جانا چاہیے کہ اس عضلہ کے انقباض کا رجحان وتر اور عصب کے درمیان فاصلہ میں اضافہ کرنے اور قبل الذکر کو زیادہ سطحی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ شغلی (peroneal) عصب پٹیوں گیشوں اور ”فوجی پٹیوں“ کے شغلیہ (fibula) کے سراور گردن پر بہت کس کر باندھنے سے بعض اوقات مضبوط ہو جاتا ہے۔ ایسی حالتوں میں ٹانگ کے باسط عضلات کے جزوی شلل کی وجہ سے جن کو مشترک شغلی (common peroneal) عصب سے رسد پہنچتی ہو پاؤں گھسیٹ کر چلنے کی طرف رجحان ہوتا ہے۔

رہلہ (ham) کے عروق (popliteal) عروق گہرا واقع ہونے کی وجہ سے شاذ و نادر ہی زخمی ہوتے ہیں۔ مُنبضی شریان (popliteal artery) بیرونی چوٹ مثلاً اس کے خط پر سے پہیا گزر جانے سے نشق ہو چکی ہے اس شریان میں سوائے صدری اورط کے انورسما بہت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ کرسپ (Crisp) نے ذاتی انورسما (spontaneous aneurysm) کے جو ۵۵ واقعات جمع کئے ہیں ان میں سے ۱۳ء مثالوں میں مُنبضی عرق اس مرض کا محل تھا۔ اور صدری اورط ۷۷ واقعات میں ماؤف تھا۔ اس عرق میں جو رجحان انورسما کی طرف پایا جاتا ہے اس کا انحصار بہت سے اسباب پر ہے۔ اس عرق پر بہت سی حرکت کا اثر پڑتا ہے اور اس سے ایسے مُنبضی عروق کو جبکی لچک عمر یا مرض کی وجہ سے غائب ہو چکی ہو باسانی نقصان پہنچ سکتا ہے۔ مردہ اجسام پر تحریکات کرنے سے یہ ظاہر ہوا ہے کہ اس عرق کے اندرونی اور وسطی طبقات گھٹنے کی انتہائی خم کردگی سے نشق کئے جاسکتے ہیں اور اسی قسم کا انشقاق واقعات کی ایک کثیر تعداد میں جبری توسیع سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔ مزید براں سوائے اس حالت کے جبکہ جارج بسط کردگی کی حالت میں ہو مُنبضی (popliteal) شریان صدری اورط کی طرح بہت منحنی ہوتی ہے۔ نیز یہ عرق دو بڑی شاخوں میں تقسیم ہوتا ہے، اور یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ شریان کی دو شاخوں کا مقام انورسما کے لئے ایک مساعد مقام ہے۔ آخر میں یہ کہا جاسکتا ہے کہ

اس شریان کو مابضی فضا کی صرف ڈھیل بافت ہی سہاڑتی ہے اور مضبوط عضلات کا وہ سہارا جو دوسرے مقامات پر بہت سے بڑے بڑے عروق کو ملتا ہے یہاں حقیقتاً موجود نہیں ہوتا۔ بعض مابضی انورسماؤں کا علاج گھٹنے کو خمیدہ کرنے اور چارہ کو کچھ عرصہ تک اسی حالت میں رکھنے سے کامیابی سے کیا جا چکا ہے۔ یہ امر کہ اس عرق کے درون پر خیمہ کو دگی کا بلا واسطہ اثر ہوتا ہے ٹانگہ کو ران پر بزور خمیدہ کرنے سے اندر کی طرف کے گھٹنے پر نضض کے کمزور ہوجانے سے ثابت ہوتا ہے۔ شریان اور ورید اس قدر منضم ہوتے ہیں کہ شریانی تنے پر بندش لگاتے وقت ان کو علاحدہ کرنا مشکل ہوتا ہے۔

مابضی (popliteal) ورید بہت جسیم عرق ہوتا ہے، اور اس کی دیواریں اتنی کثیف اور موٹی ہوتی ہیں کہ کالٹنے پر وہ کم و بیش شریان کے طبقات کی مانند دکھائی دیتی ہیں۔ اس عجیب و غریب خاصہ اور رفیق عرق سے قریبی تعلق رکھنے کی بنا پر ٹیلاؤ (Tillaux) یہ دعوئے کرتا ہے کہ ”سارے نظام میں یہ ورید اس لحاظ سے دوسری تمام وریدوں سے مختلف ہے۔“ یہ امر بھی معلوم کر لینے کے قابل ہے کہ ورید شریان کی نسبت اگرچہ زیادہ سطحی ہوتی ہے مگر چوٹ سے یہ بہت شاذ طور پر ہی منقطع ہوتی ہے۔ شریان قاعدہ کیلی ہی پھیلتی ہے۔

شریان کے جو تعلقات ورید اور عصب سے ہیں ان سے یہ معلوم ہوجائے گا کہ مابضی انورسما سے ٹانگہ میں جلد ہی پہنچ پیدا ہو سکتا ہے۔ اور داخلی مابضی تنے (internal popliteal trunk) پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے عصبی علامات ظاہر ہو سکتے ہیں۔ نیز یہ انورسما ایک سے زیادہ مرتبہ گھٹنے کے جوڑ میں بھی گھس گیا ہے، جس کے منور رباط کے ساتھ شریان مذکور اتنا قریبی تعلق رکھتی ہے۔

قصیر یا صغیر صافنی ورید (short or small saphenous vein) تقریباً خط واسطی میں واقع ہوتی ہے اور چونکہ یہ جلد میں سے دکھائی نہیں دیتی ہے اس لئے یہ مابضی فضا کے زیریں حصہ میں شکاف دینے سے کٹ سکتی ہے۔

رہلہ (ham) کے لمفی غدود کی تعداد چار سے پانچ تک ہوتی ہے، اور یہ بڑے بڑے عروق کے گرد گہرے واقع ہوتے ہیں۔ کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں

یہ غلطی سے انورسما اور دوسرے مابضی سلعات تصور کر لئے گئے ہیں۔ ان میں پاؤں اور ٹانگ کی بیرونی اور موخر جانبوں کے عمیق عروق لف آتے ہیں۔ ایک جھوٹا سا غدہ ردا کے نیچے قصیر مافنی ورید کے داخل ہونے کے مقام کے قریب اکثر پایا جاتا ہے۔ اس میں بعض عروق لف آتے ہیں جو اس عرق کی متابعت کرتے ہیں۔

رہلہ کے ارد گرد کی درجوں کی تعداد عام طور پر سات ہوتی ہے۔ چار اس فضا کی اندر کی طرف ہوتی ہیں اور تین اس کی باہر کی طرف اندر کی طرف — (۱) ایک بڑی ہی درجک نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے نیچے اور نخدی کے داخلی قنال اور گیسٹروکینیٹیس (gastrocnemius) کے اندرونی سر کے اوپر ہوتی ہے (شکل ۱۲۹)۔ یہ درجک اس فضا میں سب سے بڑی ہوتی ہے۔ لوکسن بلوغ کے بعد یہ اکثر اس جوڑ سے ربط پیدا کر لیتی ہے۔ اس خطہ کی تمام درجوں میں سے یہ درجک نہایت کثرت سے کلانی یافتہ ہوتی ہے، اور ماکوف ہو کر بہت بڑی ہو جاتی ہے۔ ایک بیان کردہ واقعہ میں تین چھ اور ۳۱ اینج پوٹا تھا۔ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں یہ کلانی یافتہ حکم اور مزاحم محسوس ہوتی ہے مگر خم کردگی کی حالت میں یہ ڈھیل ہو جاتی ہے، اور اسے اکثر مکمل طور پر غائب کیا جاسکتا ہے۔ اس درجک اور اس جوڑ کے درمیان جو جھری کی شکل کا ربط ہوتا ہے وہ غالباً بسط کردگی میں موخر رباط کے کس جانے سے بند ہو جاتا ہے۔ اور گھٹنے کو خمیدہ کرنے میں اس کے ڈھیلا ہو جانے سے مکمل جاتا ہے۔ مگر اس درجک کا اس طرح غائب ہونا صورت ظاہری ہوتا ہے اور خم کردگی کے دوران میں حصوں کے ڈھیلا ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔ (۲) نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے اندرونی حدیبہ کے درمیان ایک چھوٹی سی درجک ہوتی ہے۔ گھٹنے کے لیول سے ذرا نیچے دو اور درجیں ہوتی ہیں، یعنی (۳) ایک نبھاہ (sartorius) کے منہی کے نیچے ہوتی ہے، اور (۴) دوسری عضلہ رشقیہ (gracilis) اور نیم وتر عضلہ (semitendinosus) کے منہاؤں کے نیچے ہوتی ہے۔ بیرونی طرف — (۱) جوڑ کی زلابی غشا کا ایک بڑا عطف عضلہ مابضیہ (popliteus) کے وتر اور قصبہ (tibia) کے خارجی حدیبہ کے درمیان ہوتا ہے۔ یہ عطف ایک درجک کا کام دیتا ہے۔ اور زلابی غشا کی منہی شملوی (tibio-fibular)

مفصل میں کھلا ہوتا ہے جس سے یہ کہنہ گھٹنے کے جوڑ سے مل جاتا ہے۔ (۲) ایک درجہ گیسٹروکینیسیس (gastrocnemius) کے بیرونی سر اور عظم فخذی کے بیرونی قندال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ ہمیشہ موجود نہیں ہوتی، اور اس جوڑے ٹھٹھن نہیں رکھتی۔ (۳) ایک درجہ ذورسین (biceps) کے وتر اور خارجی جانبی رباط کے درمیان ہوتی ہے۔ ششلی (peroneal) عصب اس تاجہ کو عبور کرتا ہے۔ اس حالت سے اس رد کی توجیہ ہو سکتی ہے جو اس درجہ کے کلانی یافتہ ہونے کی حالت میں محسوس ہوتا ہے۔

**گھٹنے کا جوڑ (knee-joint) (شکل ۱۲۰)**۔ یہ مفصل جسم کے جوڑوں میں سے سب سے بڑا ہے۔ اس کے زیادہ مضبوط ہونے کا سبب وہ قوی رباطات ہیں جو تکیہ پلو کو متحد کرتے ہیں، اور بالخصوص وہ عضلات اور ردائیں ہیں جو اس کو گھیرے ہوتی ہیں۔ مفصلی سطح کی شکل سے اسے کچھ قوت نہیں ملتی کیونکہ یہ ایک دوسرے سے محض مس ہی کرتی ہیں۔ اگرچہ گھٹنے کا جوڑ ضربات کے لئے اکثر معرا ہوتا ہے لیکن اس کے خلوع نہایت ہی نادر وقوع ہیں۔ جانبی رباطات (lateral ligaments) نسبتاً کمزور ہوتے ہیں۔ یہ بسط کردگی میں تنیدہ اور خم کردگی میں ڈھیلے ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں آئنا ڈھیلا پن پایا جاتا ہے کہ قصبہ (tibia) کے جزوی خلوع ان بندوں کے انشقاق کے بغیر ہی ممکن ہوتے ہیں اور ان واقعات میں جن میں یہ جوڑ حادثہ کے بعد کسی قدر خم کر دیا جائے خاص طور پر ایسا ہوتا ہے۔ صلیبی رباطات (crucial ligaments) بہت مضبوط ہوتے ہیں اور جوڑ کے انتہائی اوضاع میں یہ کم و بیش تنیدہ ہوتے ہیں۔ ان رباطات میں سے جو مقدم ہوتا ہے وہ خاص طور پر بسط کردگی اور قصبہ (tibia) کی مقدم غیر وضعیت اور ٹانگ کی اندونی گردش کو مزاحم آتا ہے اور موخر رباط انتہائی خم کردگی اور قصبہ (tibia) کی خلفی غیر وضعیت کو مزاحمت پیش کرتا ہے۔ بسط کردگی کی حالت میں عظم قصبہ (tibia) کسی قدر آگے کی طرف کو پھسل جاتی ہے، اور ذرا باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ بڑی پیچھے کی طرف کو پھسلتی ہے، اور کسی قدر اندر کی طرف کو گھوم جاتی ہے۔ بسط کردگی عام طور پر صلیبی اور موخر رباطات سے اور خم کردگی صلیبی رباطات سے اور ان کے علاوہ رشتی رباط (ligamentum patellae) اور کیسے کے مقدم حصہ سے محدود رہتی ہے۔ گردش صرف

ختم کر دگی ہی کی حالت میں ممکن ہوتی ہے۔

مؤخر رباط کا باریک ترین حصہ وہ حصہ ہے جو ان ترچھے ریشوں کے نیچے ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) سے آتے ہیں۔ اگر پیپ جوڑ میں سے نکل کر ربلہ (ham) میں آئے تو یہ غالباً رباط کے اسی حصہ میں سے گزر کر آتی ہے۔

609

منقبض گھٹنے میں جس میں لینی جساء (ankylosis) بھی موجود ہو جہاں تک جوڑ کی بافتوں کا تعلق ہے زیادہ تر انقباض، مؤخر رباط اور جانبی رباطات اور اس لینی اور شیمی بافت میں پایا جاتا ہے جو قبل الذکر رباط اور مؤخر صلیبی بند کے درمیان ہوتی ہے۔ لیکن یہ ضرور ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ تمام ساختیں متاثر ہوتی ہیں۔ جلد، صفاق (aponeurosis)، اور بالخصوص عضلات۔

گھٹنے کے جوڑ کی زللابی غشا (synovial membrane) ایک بڑی تہ انبان کی شکل میں چینی سے اوپر کی طرف کو باسط و تر کے نیچے نیچے چلی جاتی ہے۔ یہ تہ انبان اس مقام تک پہنچ جاتی ہے جو فخذی کی بکری سطح (trochlear surface) کے بالائی حاشیہ سے اوپر اس سے ایک انچ سے زائد فاصلہ پر ہوتا ہے۔ اور جب یہ جوڑ سیال سے متہمد ہوتا ہے تو یہ بہت نمایاں ہو جاتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ جب گھٹنا خمیدہ کر دیا جاتا ہے تو یہ تہ انبان نیچے کی طرف کو کھینچ جاتی ہے اور اس لئے جب فخذی کے نیچے کے سرے پر کوئی عمل کیا جانے والا ہو تو جارحہ کو اسی وضع پر رکھنے کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ اس زللابی جیب کے اوپر ایک درجہ ہوتی ہے جو عضلہ ذاربعۃ الرؤس (quadriceps) کے وتر کو عظم فخذی سے ملحدہ کرتی ہے۔ اور اس کی عمودی پیمائش عام طور پر ایک انچ سے زیادہ ہوتی ہے (شکل ۱۲۰)۔ شیعہ خواروں اور بالٹوں دونوں میں گھٹنے کے ۲۶۰ جوڑوں کا امتحان کرنے سے شتوارٹز (Schwartz) نے یہ دریافت کیا ہے کہ یہ درجہ شیعہ خوار بچوں میں ۱۰ واقعات میں سے ۷ میں زللابی کہفہ سے ربط رکھتی تھی، اور بالٹوں میں ۱۰ میں سے ۷ میں۔ اس سے یہ معلوم ہو جائیگا کہ جب یہ ربط موجود ہو تو جو ہول جارحہ کی بسط کر دگی کی حالت میں عظم فخذی پر اس کی بکری سطح سے تقریباً ۲ انچ اوپر یا چینی کی چوٹی سے اتنے ہی فاصلہ پر لگے وہ عملی طور پر گھٹنے کے جوڑ کو کھول دیتی۔

گھٹنے کے جوڑ کے اندر کی زللابی غشا کی پیچیدگی کا انحصار اس امر پر ہے کہ اس میں تین چھوٹے خانے یا مفصلی کہتے ہوتے ہیں۔ اور وہ یہ ہیں:- (۱) بکری (trochlear) ، چینی کے حرکات کے لئے۔ (۲) خارجی قصبیتی فخذی (external tibio-femoral)۔ (۳) داخلی قصبیتی فخذی (internal tibio-femoral)۔ موزوں ذکر دونوں تقریبی غصہ و فوف (مفصلی ہالائیوں) (articular menisci) کے ذریعہ سے بالائی اور زیرین خانوں میں پھر تقسیم ہوجاتے ہیں۔ بالائی خانوں میں قندال کی گردشی حرکتیں واقع ہوتی ہیں، اور زیرین میں ہالائیوں (menisci) اور قصبیہ (tibia) کے درمیان کی انزلاقی حرکتیں (gliding movements)۔ چلتے وقت ان پانچوں خانوں میں حرکتیں واقع ہوتی ہیں۔ مفصلی رباط (ligamentum mucosum) بکری (trochlear) اور قندالی مفصل کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اور صلیبی رباط (crucial ligaments) قصبیتی فخذی (tibio-femoral) جوڑوں کے درمیان ہوتے ہیں۔

610

صلیبی رباطات (crucial ligaments) اگرچہ زللابی غشا سے کم و بیش مکمل طور پر محصور ہوتے ہیں مگر پھر بھی زللابی کہف سے بالکل باہر ہوتے ہیں۔ موخر صلیبی (posterior) crucial) رباط کیسے کے موخر حصہ کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔

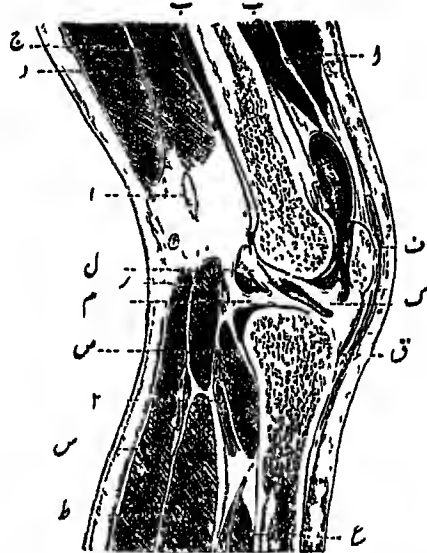
رضعی رباط (patellar ligament) کا بالائی ثلث رضعی جوڑ (patellar joint) کی زللابی غشا سے تعلق رکھتا ہے، گویہ اس سے چربی کی ایک گدی سے علحدہ ہوتا ہے۔ اس رباط کا زیرین دو تہائی حصہ اس درجہ اور شمی یافت سے تعلق رکھتا ہے جو اس بند اور قصبیہ (tibia) کے درمیان ہوتی ہیں۔ اگر چینی کی چوٹی پر سے چاقوائتی رخ میں پیچھے کی طرف کہ داخل کیا جائے تو یہ جارحہ کی بسط کردگی کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کے درمیان جوڑ کی حد عین قریب سے گزر جائیگا، اور موزوں ذکر ہڈی سے جائزائے گا۔ لیکن اگر جوڑ میں کوئی انصباب موجود ہو یا جارحہ سفتہ رخم کردہ ہو تو اس طرح داخل کیا ہوا چاقو ان دونوں ہڈیوں کے درمیان گزر جائیگا (نسل ۱۴۰)۔

چینی اور فخذی کی مفصلی سطحوں کے درمیان جو وقفہ ہوتا ہے وہ زللابی غشا کی جھاروں (جراحی رباطات: alar ligaments) سے پُر ہوتا ہے بعض اوقات ان سے غلی زائد سے پیدا

ہو جاتے ہیں، اور علاحدہ ہو کر جوڑ میں آزاد اجسام کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ یہ معلوم ہوتے ہوئے کہ زلزلانی استرا سی بافت سے مشتق ہوتا ہے جس سے ہڈیوں کی مفصلی سطحیں بنتی ہیں اگر اس قسم کے زائدوں میں انخسوف (chondrification) شروع ہو جائے اور غضروفی اجسام بن جائیں تو یہ امر تعجب نہیں نہ ہو گا۔

جوڑ کا مرض - گھٹنے کا جوڑ اپنے محل کے سطحی ہونے کی وجہ سے ایک ایسا مفصل ہے

جس میں چوٹ یا سردی لگنے سے التهاب نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے۔ سیال سے



شکل ۴۰۔ سیال سے متہر د گھٹنے کے جوڑ کی انتصابی تراش۔

(برائن: Braune)

(ا) عضلہ وسیع خارجہ۔ (ب) ساقیہ۔ (ج) ذوالسین کا چھٹا سر۔ (د) لمبا سر۔ (ه) خمصیہ۔ (و) گیسٹرو پوسٹریئر  
(ص)۔ مابضیہ۔ (ط) سیکمہ۔ (ع) عضلہ قصبیہ موخر۔ (ف) رضفی درجک۔ (ق) رضفی رباط۔ (ک) مخاطی رباط  
(ل) مقدم صلیبی رباط۔ (م) خارجی قمری غضروف۔ ۱۔ خارجی مابضی عصب۔ ۲۔ مابضی شریان۔



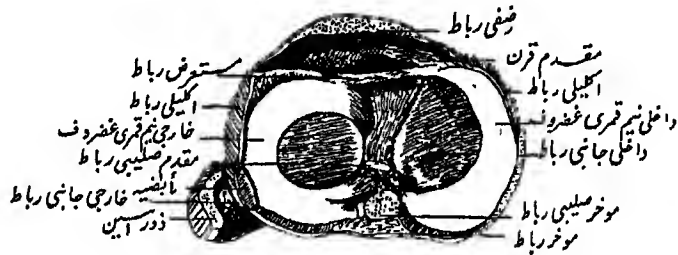
متحد ہونے کی حالت میں انصبا بچنی سے اوپر اور اس کے اطراف پر زلابی تاجہ کے ابھر آنے سے جو یہاں دوسرے مقامات کی نسبت سطح سے زیادہ قریبی تعلق رکھتا ہے جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ تو جلد ہی شناخت کیا جاسکتا ہے اور چونکہ چینی عظم فخذی سے دور ہٹ جاتی ہے اس لئے یہ کہا جاتا ہے کہ یہ تہہ پیدا کرنے والے سیال پر "تیر رہی ہے" (شکل ۱۲۰)۔ اگر مٹھب گھٹنے کے جوڑ کو علاج کے بغیر چھوڑ دیا جائے تو یہ تقریباً ہمیشہ نیم خم کردگی کی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ اسکی وضع سکون ہے۔ اس وضع میں عضلات ڈھیلے ہو جاتے ہیں اور جوڑ کی سطحوں پر دباؤ نہیں ڈالتے۔ رباطات تنیدہ نہیں رہتے اور جوڑ کی گنجائش سیال بڑھ جاتی ہے۔

612

نیم قمری غضروفوں (semilunar cartilages) یا ہلالیوں (menisci) کا خلع۔ ان غضروفوں میں سے ہر ایک اپنی چسپیدگیوں سے جو قصبیہ (tibia) کے ساتھ ہوتی ہیں علاحدہ ہو سکتی ہے، اور اس ہڈی اور عظم فخذی کے درمیان پکڑی جاسکتی ہے یا بھنس سکتی ہے۔ یہ حادثہ کان کنوں میں جو بھٹک کر کام کرتے ہیں اور ان تمام اشخاص میں جو سخت کسلیوں اور ورزشوں میں حصہ لیتے ہیں خاص طور پر زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جارح میں دفعہ درد پیدا ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی گھٹنا خم کردگی کی حالت میں مثبت ہو جاتا ہے۔ یہ حادثہ بالعموم گھٹنے کے جوڑ کے کم و بیش خمیدہ ہونے کی حالت میں ٹانگ کے مروڑ سے جانے سے واقع ہوتا ہے۔ مگر جیسا کہ ولٹن (Walton) کا خیال ہے یہ انتہائی بسط کردگی کی حالت میں بھی واقع ہو سکتا ہے۔ اس کا موثر سبب جوڑ کا اس طرح مروڑا جانا ہے کہ عظم فخذی کے قندال اور قصبیہ (tibia) کے حذیبہ جات مخالف سمتوں میں گردش کریں۔ گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی بے ترتیبی کے ۲۰۰ واقعات سے بینیٹ (Bennette) نے یہ دریافت کیا ہے کہ ان میں سے داخلی غضروف ۱۵۵ واقعات میں اور خارجی صرف ۴۵ میں ماؤف تھی۔ یہ بے ترتیبی بائیں گھٹنے میں دائیں کی نسبت تقریباً تین گنا کثرت سے واقع ہوتی تھی! اور یہ ضرور مردوں میں عورتوں کی نسبت ۹ گنا کثرت سے پایا گیا تھا۔ داخلی نیم قمری غضروف کا مقدم سرا بالعموم کوفتہ اور اپنی قصبیہ چسپیدگی سے دیریدہ پایا جاتا ہے۔ داخلی نیم قمری غضروف کے مقدم حصہ کو ضرر پہنچنے کے امکان کو سمجھنے کے لئے

ہم کو اس طریقہ کا جس سے اس کی وضع برقرار رہتی ہے، اور ان حرکات کا جو اس میں واقع ہوتے ہیں، اور اس بار کا جو سخت ورزش کرنے والے اشخاص میں اس پر پڑتا ہے، بخوبی مطالعہ کرنا چاہئے۔ گھٹنے کی بسط کردگی کی حالت میں بغیر وضعیت زیادہ آسانی سے واقع نہیں ہوتی کیونکہ غضروفات مفصلی سطحوں کے رباطات کی تنیدگی اور جوڑ کے ارد گرد کے عضلات کے فعال انقباض سے ٹھیک طور پر آپس میں مل جانے کی وجہ سے اس طرح مثبت ہو جاتے ہیں ہل نہیں سکتے۔ جب یہ جوڑ جزوی طور پر ختم کردہ ہوتا ہے تو داخلی غضروف مندرجہ ذیل

613



شکل ۱۴۱ نیم قمری غضروفات کی تثبیت اور ان کے حرکات کو ظاہر کرتی ہے۔  
قصبیہ کے باہر کی طرف یا عظم فخذی کے اندر کی طرف گھوم جانے کی حالت میں داخلی نیم قمری غضروف جو وضع اختیار کرتی ہے وہ سرخ دکھائی گئی ہے۔

ساختوں کے ذریعہ سے مثبت ہوتی ہے۔ (۱) اپنے مقدم قرن کے ذریعہ سے جو مفنی رباط (ligamentum patellae) کی چسپیدگی سے اوپر اور پیچھے جوڑ کے کہف کے باہر قصبیہ (tibia) کے ساتھ چسپیدہ ہوتا ہے (شکل ۱۴۱)۔ (۲) مستعرض رباط کے ذریعہ سے خارجی غضروف کے مقدم حصہ کے ساتھ (شکل ۱۴۱)۔ (۳) اکیلی رباط (coronary ligament) کے ذریعہ سے جوڑ کے کیسہ اور داخلی جانبی رباط کے ساتھ۔ اس رباط کے مقدم ریشے طویل ترین ہوتے ہیں (شکل ۱۴۱)۔

جب جوڑ تثبیت ہوتا ہے تو دونوں غضروفات اور خاص کر داخلی پیچھے کی طرف کو

پھسل جاتے ہیں۔ اسب اگر ذرا سین (biceps) قصبیہ کو دفعہ باہر کی طرف کو گھما دے تو مقدم قرن اس ہڈی کے ساتھ آگے کی اور باہر کی طرف کو چلا جائے گا اور آٹھ ایکڑ موافقہ داخلی جانبی رباط سے عظم فخذی کے داخلی قندال سے مضبوطی سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اور اس طرح داخلی غضروف کے مقدم حصہ پر سخت بار پڑتا ہے اور یہ اس وضع پر آجاتا ہے جو شکل ۱۴ میں ظاہر کی گئی ہے۔ جب پاؤں اور قصبیہ ثبت ہوں اور عظم فخذی اندر کی طرف کو گھوم جائے جیسا کہ بسط کردگی کی نیل پر ہوتا ہے تو بھی اسی قسم کا بار پڑتا ہے۔ داخلی ہمقری غضروف کا کمزور ترین مقام اس کے مقدم ثلث کے باریک اندرونی پلائی حاشیہ پر ہوتا ہے۔ اور جزوی انشقاق اسی مقام پر بالعموم واقع ہوتا ہے۔ شدید درد کی وجہ انشقاق اور یہ امر ہے کہ اس بار سے غضروف قصبیہ اور فخذی کے درمیان فاذ کی طرح آجاتی ہے، اور اس طرح یہ ہڈیاں ایک دوسرے سے زور سے دور ہوتی ہیں اور اس جوڑ کے مضبوط رباطات کی دفعہ پیش تو وسیع ہو جاتی ہے۔

614

خارجی ہمقری غضروف داخلی سے زیادہ چھوٹا زیادہ گول اور زیادہ حرکت پذیر ہوتی ہے۔ اور شاید انہی وجوہ سے اس کے ہڈیوں کے درمیان ”پکڑے جاتیکا“ کم امکان ہوتا ہے۔ یہ موخر صلیبی رباط (posterior crucial ligament) کے ذریعہ سے کسی حد تک عظم فخذی سے چسپیدہ ہوتی ہے اور عضلہ مابضیہ (popliteus) کے وتر سے اس میں ایک میزاک بنا ہوتا ہے۔ اس کے محفوظ رہنے کے ہی دو اسباب ہیں (شکل ۱۴)۔ یہ امر حیرت انگیز ہے کہ اس قسم کی ضرر رسیدہ غضروفوں کا استیصال کیا جاسکتا ہے اور پھر بھی جوڑ کی حرکتیں مل طور پر واپس آجاتی ہیں۔

روح الرکبہ (genu valgum) یا گھٹنوں کا ٹکرا کرانا (knock-knee)۔

اس عارضہ سے جو منظر پیدا ہوتے ہیں وہ مشہور معروف ہیں۔ جب تندرست انسان پاؤں جوڑ کر سیدھا کھڑا ہوتا ہے تو قصبیہ ہڈیاں تقریباً انتصابی حالت میں ہوتی ہیں اور فخذی ہڈیاں ان سے ایک خاص زاویہ قصبیہ فخذی او بیہ (tibio-femoral angle) پر ملتی ہیں۔ اس زاویہ کی مقدار کا انحصار طبعی موضوعات میں زیادہ تر عارضہ کے اضافی عرض پر ہوتا ہے۔ روح الرکبہ (genu valgum) میں یہ زاویہ زیادہ نمایاں ہو جاتا ہے۔

قصبیہ جات (tibiae) سیدھا کھڑے ہونے کی حالت میں انتصابی نہیں رہتے۔ ان کے زیرین سرے خط وسطی سے زیادہ منحرف ہوتے جاتے ہیں، حتیٰ کہ جب مریض سیدھا کھڑا ہوتا ہے اور جارحہ کو گردش دینے سے کسی ہڈی کو نہیں چھپاتا تو دونوں ٹخنوں کے درمیان معتدبہ فاصلہ ہو جاتا ہے۔

روح الرکبہ (genu valgum) کے عارضہ کو سمجھنے کے لئے ہم کو ان عضلات کے فصل کی اہمیت اچھی طرح معلوم کر لینا چاہئے جو گھٹنے کے جوڑ کی اندرونی یا وسطانی جانب پر اثر کرتے ہیں۔ نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) نیم وتری عضلہ (semitendinosus)، عضلہ رشیقیہ (gracilis) اور عضلہ خیاطیہ (sartorius)۔ سیدھا کھڑے ہوتے ہی ان عضلات میں تنش یا انقباض کی ایک حالت پیدا ہو جاتی ہے۔ اور عضلہ باسط ذوار بعدہ الرُوس (quadriceps extensor) ڈھیلا ہو جاتا ہے۔ گھٹنے کی وسطانی جانب پر سہارا دینے والے یہ عضلات قصبیہ کو حوض سے معلق رکھتے ہیں اور اس طرح کھڑے ہونے کی حالت میں گھٹنے مستحکم ہو جاتے ہیں، اور یہ عضلی پٹیاں جسم کے وزن کو کسی حد تک برداشت کرتی ہیں۔ روح الرکبہ (genu valgum) کی پیدائش کا پہلا مرحلہ عمومی وضعی عضلات کا ناقص فعل۔ تحلیل قوت ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ (۱) داخلی جانبی رباط پر ایک بار پڑتا ہے، اور (۲) داخلی فخذی قندال اور قصبیتی حدیب کے درمیان ایک رخنے ظاہر ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے۔ جوڑ کی سطحوں پر کے دباؤ متغیر ہو جاتے ہیں اور اس تغیر کے ساتھ ہی جوڑ کے قرب جوار کی ہڈیوں کی بالیدگی میں بھی تبدیلی پیدا ہو جاتی ہے کیونکہ قانون لف (Wolff's law) کے مطابق ہر ایک ہڈی کی بالیدگی اس دباؤ سے ظہور پاتی ہے جو اس پر پڑتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ اندرونی فخذی قندال اور قصبیتی حدیب میں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے جبکہ اندر گریف سے سہارا دینے والے عضلات کے کشل کی وجہ سے ان پر دباؤ نہیں پڑتا۔ کم عمر بچوں میں بر بانی خطوط کے متصلہ حصوں میں جو ترجیحی وضع اختیار کر لیتے ہیں بیش بالیدگی پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ بیش بالیدگی بر بانی خطوط کی پوری کی جانب پر ہوتی ہے اور قندالی جانب پر نہیں ہوتی (شکل ۱۴۲)۔ قندالوں کے مقدم موضوع طرل میں کوئی تغیر واقع نہیں ہوتا۔ لہذا بیٹھنے پر

جب کہ گھٹنا خمیدہ ہو جاتا ہے، بڑھکی غائب ہو جاتی ہے۔  
 چینی کے کسور۔ یہ ہڈی جسم کی کسی دوسری ہڈی کی نسبت عضلی زور سے  
 زیادہ کثرت سے ٹوٹی ہے۔ اگرچہ چینی عضلی زور اور بلا واسطہ ضرب سے ٹوٹ سکتی ہے مگر  
 یہ ظاہر ہے کہ قبل الذکر حالت سے یہ قدر زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ چنانچہ ہیمیلٹن  
 (Hamilton) نے سادہ مستعرض کسر کے جو ۱۲ واقعات جمع کئے ہیں ان کے متعلق اسکا  
 یہ خیال ہے کہ ۱۰۶ مثالوں میں عضلی فعل تضرر کا باعث تھا۔  
 کسر کی جو قسم عضلی زور سے پیدا ہوتی ہے اس میں بہت کیسانیت پائی جاتی ہے۔

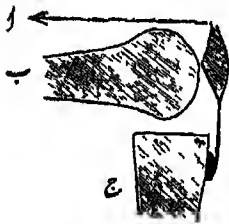


شکل ۱۲۲۔ ا۔ طبعی عظم فخذی۔ جب عظم فخذی روح الکرکبہ کی  
 ترقی یافتہ حالت میں جس سے داخلی قنال کی کلانی ظاہر ہوتی ہے۔  
 نقطہ وار خط ہر ایک خاکہ میں برابر کے خط کو ظاہر کرتا ہے۔

یہ تقریباً ہمیشہ مستعرض اور سادہ ہوتا ہے، اور اس ہڈی کے مرکز پر سے یا اس نقطہ کے عین اوپر  
 یا نیچے سے گزرتا ہے۔ گھٹنے کی جو وضع عضلی فعل کے ذریعہ سے کسور واقع ہونے کی سب سے  
 زیادہ مساعدت کرتی ہے وہ خم کردگی کی وضع ہے۔ جب گھٹنا خمیدہ ہوتا ہے تو چینی صرف  
 اپنے مستعرض محور پر ہی فخذی قنالوں پر ٹکمن ہوتی ہے۔ اس کا تقریباً تمام بالائی نصف  
 پیچھے کی طرف بغیر سہارے کے ہوتا ہے، اور عضلہ باسطہ اس خط کی سمت میں فعل کرتا ہے

جو اس ہڈی کے انتصابی محور سے زاویہ قائمہ پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ذواربعتہ الکو (quadriceps) کے شدید انقباض سے چینی بعض اوقات قنبر سے اس طرح ٹوٹ جاتی ہے جیسا کہ کوئی چھڑی گھٹنے پر رکھ کر توڑی جاتی ہے (شکل ۱۴۳)۔ چونکہ کسر سے مریض بالعموم گر جاتا اس لئے یہ فرض کر لیا گیا ہے کہ کسر ساقین عضلی فعل سے پیدا ہونے کی بجائے گھٹنے کے زمین پر لگنے سے پیدا ہوتا ہوگا۔ لیکن جیسا کہ ہاملٹن (Hamilton) نے اشارہ کیا ہے اگر کوئی شخص خمیدہ گھٹنے کے بل گرے جبکہ جارحہ بھی دھڑ پر غم کردہ ہو تو زمین پر جو حصہ لگتا ہے وہ چینی نہیں ہوتی بلکہ قصبیہ کا درنہ (tubercle) ہوتا ہے۔

واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ ضرر نہ صرف ہڈی پر ہی اثر انداز ہوتا ہے بلکہ اس غضروف اور لمبی بافتوں پر بھی اثر کرتا ہے جو علی الترتیب اس کو پیچھے اور آگے سے ڈھکتی ہیں۔



زلابی غشا بھی دریدہ ہو جاتی ہے۔ اور رضنی درجک (patellar bursa) کھل جاتی ہے۔ اس طرح زلابی

مشمولات بعض اوقات درحقیقت جلد سے مس کرنے لگتے ہیں۔ ان تمام واقعات میں جن میں ٹکروں میں بہت علیحدگی پائی جاتی ہے اس یعنی پھیلاؤ کی دریدگی بھی ضروری ہوتی ہے جو چینی کی ہر ایک طرف چسپیدہ ہوتا ہے۔ ایک

واقعہ ہے کہ جب تک کہ یہ پھیلاؤ نشق نہ ہو جائے خفیف سی علیحدگی کے علاوہ اور کسی قسم کی علیحدگی ممکن نہیں ہوتی۔ براؤن (Braune) نے جانبی رباطی ساختوں کو نقصان پہنچانے کے بغیر چینی کو آری سے کاٹنے سے اور یہ معلوم کرنے سے کہ جب تک یہ ساختیں نہ کاٹ دی جائیں ٹکروں کی صرف ذراسی علیحدگی ہی ممکن ہے اس امر کا مظاہرہ تجربہ سے کیا ہے۔ اس قسم کے کسر میں ٹکروں کے درمیان صفاق (aponeurosis) کی دریدہ جھالروں کے آجانے سے عظمی اتحاد واقع نہیں ہوتا تا وقتیکہ ان کو آزاد کرنے اور ہڈی کے ٹکروں کو تار سے باندھنے کا عمل نہ سرانجام دیا جائے۔

ج - عظم فخذی - ج - قصبیہ -  
شکل ۱۴۳ - ٹیکل مہنی کے اس کسر کو ظاہر کرتی ہے جو عضلی فعل سے واقع ہوتا ہے۔  
۶۱۷

چینی عضلی تشدد سے باسط وتر یا رباط رضفی (ligamentum patellæ) کی نسبت زیادہ آسانی سے ٹوٹتی ہے۔ خم کردگی کی حالت میں یہ دیکھا جاتا ہے (شکل ۱۴۳) کہ یہ ہڈی دوسری ساختوں کے مقابلہ میں بہت نامساعد وضع میں ہوتی ہے۔ ریشیز (Richet) نے ایک واقعہ کی اطلاع دی جس میں عضلہ ذواربعتہ (quadriceps) کے شدید انقباض سے قصبیہ (tibia) کا درنہ ہڈی سے قریبی تعلق رکھنے والے دوسرے حصوں کے کسی حصہ کے بغیر علیحدہ ہو گیا تھا۔

بجلی شکل (stellate) کسور میں جو بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں باسط وتر کا یعنی پھیلاؤ صحیح و سالم رہتا ہے، اور شکستہ ہڈی کے حصوں میں کچھ علیحدگی پیدا نہیں ہونے دیتا۔

بعض اوقات چینی خلقی طور پر غائب ہوتی ہے۔ یہ عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) کے وتر میں نمودیاتی ہے۔ اور دوسرے سال کے اختتام تک غضروفی رہتی ہے۔ سمسمانی الہل ہونے کے باوجود اس ہڈی کو کسر کے بعد اگر تار سے کس کر باندھ دیا جائے تو اس میں مضبوط عظمی اتحاد واقع ہو جاتا ہے۔ اس کی رسد خون گھٹنے کے گرد کی تقریباً تمام شریانوں سے آتی ہے۔

چینی کا خلع - یہ ہڈی باہر کی یا اندر کی طرف کو مخلوع ہو سکتی ہے، یا یہ کور کے کھڑی ہو جاتی ہے جس سے اس کی مقدم اور موخر سطحیں جانبی بن جاتی ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور یہ اس امر پر منحصر ہے کہ عضلہ ذواربعتہ الرؤس (quadriceps) چینی اور رضفی رباط (ligamentum patellæ) سب کے سب عضلہ کے منقبض ہونے کی حالت میں عظم فخذی اور قصبیہ کی سیدھ میں حرکت نہیں کرتے۔ یہ زیادہ تر اس خط کی سیدھ میں ہوتے ہیں جو اُس زاویہ کے باہر کی طرف سے گذرتا ہے جو گھٹنے کے جوڑ پر عظم فخذی اور ٹانگ سے بنتا ہے۔ لہذا عضلی انقباض کا میلان چینی کو باہر کی طرف کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے، اور اس میلان کی تصحیح تمام طبعی حالتوں میں خارجی قندال کے زیادہ مرتفع ہونے سے ہو جاتی ہے۔ مزید برآں یہ بھی کہا جاتا ہے کہ عضلہ وسیعہ خارجہ (vastus externus) داخلہ کی نسبت زیادہ قوی ہوتا ہے، یا

عضلہ وسیعہ داخلہ (vastus internus) بعض اوقات جزوی طور پر مشلول ہوتا ہے (ڈی۔ گرگیت : D. Greig)۔ ناشرہ روائیہ فخذیہ (tensor fasciæ femoris) کی ایک چسپیدگی فخذی قصبیتی بند (ilio-tibial band) کی وساطت سے چپنی سے ہوتی ہے۔ بعض مریض اس عضلہ کو دفعۃً فعل میں لانے سے چپنی کا بیرونی خلع اختیاری طور پر پیدا کر سکتے ہیں۔ خلوع بالعموم جوڑ کی بسط کردگی کی حالت میں واقع ہوتے ہیں اور عموماً عضلی فعل سے پیدا ہوتے ہیں۔

**گھٹنے کے خلوع میں جو بہت نادر الوقوع ہیں قصبیہ (tibia) باہر کی طرف کو یا اندر کی طرف کو یا آگے کی طرف کو یا پیچھے کی طرف کو ہٹ سکتی ہے۔** دونوں جانبی خلوع مقدم موخر خلوع کی نسبت زیادہ کثیر الوقوع ہیں۔ ایسے خلوع جوڑوں کا لاشعاعوں کے ذریعہ سے امتحان کرنے سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ قصبیتی شوکہ (tibial spine) یا تو ٹوٹ جاتا ہے یا کسی ایک صلیبی رباط کے قصبیتی منہتی کے ساتھ علیحدہ ہو جاتا ہے۔ قصبیہ کے شوکہ کا اضلال جو فخذی قندالوں کے درمیان ہوتا ہے جانبی خلع کو رکاوٹ پیش کرتا ہے قبل الذکر خلوع تقریباً ہمیشہ جزوی ہوتے ہیں اور موخر الذکر بالعموم مکمل۔ رباطات اور عضلات کے بہت مضبوط اور متعلقہ ہڈیوں کے بہت چوڑا ہونے کی وجہ سے ان خلوع کی پیدائش کے لئے بہت سے تشدد کی ضرورت ہوتی ہے۔ قصبیہ (tibia) یا عظم فخذی پر کابلا واسطہ تشدد و جس کے ساتھ قبل الذکر مہمی اکثر مروڑ جی جاتی ہے اس ضرر کا عام سبب ہے۔

اغلب ہے کہ گھٹنے کے جملہ خلوع میں صلیبی رباطات (crucial ligaments)

- 619 ٹوٹ جاتے ہوں۔ جانبی رباطات مہمی بالعموم منشق ہو جاتے ہیں، لیکن جزوی خلوع میں بعض اوقات صحیح و سالم پائے جاتے ہیں۔ عضلات وسیعہ (vasti) کا وتری پھیلاؤ جو گھٹنے کے سامنے ہوتا ہے جزوی خلوع میں بھی کسی قدر دریدگی سے شاذ و نادر ہی محفوظ رہتا ہے۔ ڈاکٹر ایف۔ ایس۔ میکینزی (F. S. Mackenzie) نے مردہ جسم پر تجربہ کرنے سے یہ دریافت کیا ہے کہ صلیبی رباطات کو کاٹ دینے کے بعد بھی اس طاقت پر کوئی مادی اثر نہیں ہوتا جو گھٹنے کے جوڑ کا خلع پیدا کرنے کے لئے درکار ہوتی ہے۔ اس نے یہ بھی معلوم کیا کہ آٹھ تجربوں میں سے سات میں کسر واقع نہیں ہوا بلکہ خلع پیدا ہوا، درحالیہ



زندگی میں کسر نہایت عام ہوتا ہے۔ ان امور سے وہ اس نتیجہ پر پہنچا ہے کہ جوڑکی قوت کا انحصار ارد گرد کے رباطات کی نسبت ارد گرد کے عضلات پر ہے۔

مابضی عروق (popliteal vessels) اور اعصاب خلفی غیر وضعیت میں قصبیہ سے متاثر ہونے کی نسبت مقدم خلع میں عظم فخذی سے زیادہ مضبوط ہو جاتے ہیں اور بظاہر زیادہ شدید طور پر ضرر رسیدہ پائے جاتے ہیں۔

فخذی کا زیرین سرا۔ فخذی کا قذالی حصہ تقریباً سب کا سب ٹھوس ہڈی کی ایک باریک سی تہ کے سوائے شبکی ہڈی سے مرکب ہوتا ہے۔ یہ اتنا اسفنجی ہوتا ہے کہ گولی ہڈی کو ریزہ ریزہ کرنے اور فصل کو نقصان پہنچانے کے بغیر اس کو منقبت کر دیتی ہے جیسا کہ لی گوئیست (Legouest) نے اشارہ کیا ہے۔ اس ہڈی کے زیرین سرے میں جو جو کسور پائے جاسکتے ہیں وہ مندرجہ ذیل ہیں: (۱) پوری کا کسر قذالوں سے اوپر۔

(۲) زیرین بر بالہ کی طلحہ کی۔ (۳) ایسا کسر جو بیرونی یا اندرونی قذال کو علحدہ کر دیتا ہے۔ (۴) ٹی (T) کی فصل کا ایک کسر یعنی مستعرض کسر جو قذالوں سے اوپر واقع ہوتا ہے اور جس کا انتصابی حصہ ان زائندوں کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ یہ ضرات قاعدہ

ایسی بلا واسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو اچھی طرح سے مختص المقام ہو۔ کسور اوہم بالواسطہ چوٹ مثلاً بلندی پر سے پاؤں کے بل گرنے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ سر ہنری مورس (Sir Henry Morris) کا یہ بیان ہے کہ جانبی خم کردگی یا جانبی رخ میں لگائی ہوئی

قوت بر بالہ کو علحدہ کرنے کے لئے موزوں ترین ہوتی ہے۔ یہاں صرف ایک ہی کسر کے خاص طور پر ذکر کرنے کی ضرورت ہے اور وہ پوری کا وہ کسر ہے جو قذالوں سے عین اوپر ہوتا ہے۔ یہ ضرر بر بالہ کے خط سے تقریباً ۲ انچ اوپر واقع ہوتا ہے۔ اور یہ اس مقام کا

مناظر ہوتا ہے جہاں ٹھوس ہڈی کی پوری اس ہڈی کے زیرین سرے کی زیادہ نرم اور زیادہ شبکی بافت سے ملتی ہے۔ نیز یہ اس جگہ کے بھی قریب ہوتا ہے جہاں فخذی شریان ہڈی کو عبور کر کے مابض میں پہنچتی ہے۔ اس لئے ایسا بھی ہوا ہے کہ اس خاص فرس یہ عرق ہڈی کی کرچوں سے زخمی ہو گیا ہے۔ یہ کسر بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی طرف کو ترچھا واقع ہوتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا انہی عضلات سے اوپر کھینچا جاتا ہے جو پوری کے کسور میں قصیدہ کرتے ہیں

(صفحہ 597) - اور اس کے تیز بالائی سرے کے گیٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے ذریعہ سے مابقی فضا میں زور سے کھینچ جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موخر الذکر غیر وضعیت کو درست کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اگر جارحہ بسط کردگی کی حالت میں ہو تو یہ ٹکڑا ربلہ میں اور زیادہ کھینچ جاتا ہے اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ سیدھا دکھائی دے اور اس پر بھی گھٹنا بہت خمیدہ ہو۔ گیٹروکنیمیس (gastrocnemius) کے انقباض کا رجحان نیچے کے فخذی ٹکڑے کو مابقی فضا میں برقرار رکھنے کی طرف ہوتا ہے۔ اور اس لئے انخیلی وتر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) کو کاٹ دینے کی رائے پیش کی گئی ہے۔ عضلات مقابل کے معکوس انقباض کو جارحہ مسلسل جو کا استعمال کرنے سے رفع کیا جاتا ہے۔ فخذی کے نیچے کے ٹکڑے کو ٹانگ کو ران پر مکمل طور پر خمیدہ کرنے سے اس کی جگہ پر پھر قائم کیا جاسکتا ہے۔ (ہینسن: Hutchinson اور برنارڈ: Barnard)۔

قصبیہ (tibia) کے بالائی سرے میں بعض اوقات کسرو واقع ہوتے ہیں، گو اس ہڈی کے تمام حصوں میں سے اس کا بالائی ایک تہائی حصہ وہ حصہ ہے جو سب سے کم مکتور ہوتا ہے۔ ہر ایک حدیبہ بھی ٹوٹ سکتا ہے۔ یا پوری کے بالائی سرے میں مستعرض یا تڑچھا کسرو واقع ہو سکتا ہے جس کے ساتھ ایک انتصابی کسری بھی ہوتا ہے جو دونوں حدیبہ کے درمیان سے جوڑ کے اندر تک چلا جاتا ہے۔ ایسے حادثات تقریباً ہمیشہ شدید بلا واسطہ چوٹ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

درنہ (tubercle) اکثر واقعات میں اس برہالی مرکز کی توسیع سے متعلق ہوتا ہے جو قصبیہ کے اوپر کے سرے کے لئے ہوتا ہے۔ مگر بعض اوقات اس کا مرکز علیحدہ بھی ہوتا ہے (شلیٹر: Schlatter)۔ ریعان میں مقدم درنہ کے اوپر کاربالی لب بعض اوقات مرتفع اور الیم ہوتا ہے اور بظاہر علیحدہ پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بعض اوقات کسری کی ایک قسم تصور کی جاتی ہے مگر یہ غالباً عام طور پر کم درجہ کی قشیت کے سرایتی عمل سے ابتداؤ پیدا ہوتی ہے (شلیٹر کا مرض: Schlatter's disease)۔ اس ہڈی کے سر میں اور فخذی کے زیرین سرے میں جو اسفنجی بافت ہوتی ہے وہ مخی سلہ (myeloma) کے لئے بدرجہ اولیٰ ایک مساعد مقام ہے۔

گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت سر رابرٹ جونز (Sir Robert Jones) پہلے جوڑ کو علیقتی مین کے سرے پر خمیدہ کر لیتا ہے۔ اور اسے حتی الامکان اسی وضع میں قائم رکھتا ہے کیونکہ اگر یہ ہل جائے تو یہ ہوا چوس لیتا ہے، اور اسکے ساتھ بعض اوقات سرائٹ اندر پہنچ جاتی ہے۔ وہ جوڑ کو ایک انتصابی شکاف سے کھوتا ہے جس سے مہنی اور رُضفی رباط (ligamentum patellæ) دائیں اور بائیں نصف حصوں میں کاٹ دئے جاتے ہیں۔ یکہف کے جوڑ کیلئے عبور رُضفی (transpatellar) راستہ ہے۔

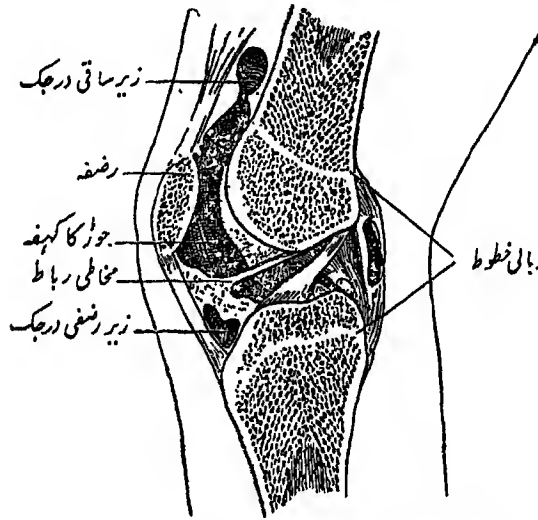
نعل نما شکاف میں سے، جو ایک قندال کے پیچھے سے شروع کیا جاتا ہے اور رُضفی رباط (ligamentum patellæ) کے اوپر سے لاکر دوسرے قندال کے پیچھے ختم کر دیا جاتا ہے، گھٹنے کے جوڑ کا استیصال کرتے وقت مندرجہ ذیل سختیں کاٹی جاتی ہیں:- جلد، ردا، اعصاب کا رُضفی ضغیرہ، (جو وسطیٰ اور اندرونی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب کی رُضفی شاخ سے بنتا ہے)، رُضفی درجک، کیسہ کا مقدم حصہ، رُضفی رباط (ligamentum patellæ)، زلابی غشا، جانبی اور صلیبی رباطات، فوقانی اور تحتانی مفصلی شاخیں، نفی کبیر (anastomotica magna) اور مقدم قصبیتی باز گرد عروق۔

داخلی قندال کے اوپر کا شرکاف پیچھے کی طرف اتنا دور نہ ہونا چاہئے کہ اسے داخلی صافنی ورید اور عصب بھی کٹ جائے۔ فخذی کو آری سے کاٹتے وقت یہ نہایت ضروری ہے کہ ہڈی کی مفصلی سطح کا صحیح صحیح میلان قائم رکھا جائے۔ اگر یہ اچھی طرح سے نہ کاٹی جائے گی تو مریض کی ٹانگ کمان کی طرح خمیدہ رہے گی، یا اس کے گھٹنے ٹکرائینگے، یا اسے خم کر دگی یا غلطی انحناء کی شکایت رہے گی۔ لہذا قاعدہ یہ ہے کہ آری مفصلی سطح کے متوازی اور پوری سے عموداً رکھی جائے۔

کم عمر مریضوں میں اس امر کے متعلق ضرور احتیاط رکھنا چاہئے کہ آری کی کاٹیں برابری خط کی دوسری طرف تک نہ جانے پائیں۔ فخذی بر بالہ کی بالائی حد ایک فنی خط سے جو ہڈی پر سے عضلہ مقربہ کبیرہ کے درنہ کے لیول پر کھینچا جائے ظاہر کجا سکتی ہے (شکل ۱۳۳)۔

اگر استیصال میں تمام بکری سطح (trochlear surface) علحدہ کر دی جائے تو تمام بر بالہ دور ہو جائے گا۔ اس بر بالہ میں پیدائش سے بہت قلیل عرصہ پہلے ایک مجرذوات پیدا ہوتا ہے اور وہ پوری سے ۲۰-۲۱ سال کی عمر میں متحد ہو جاتا ہے۔

قصبیاتی بر بالہ (tibial epiphysis) کے حدود جانبین پر اور پیچھے کی طرف اس افقی خط سے ظاہر ہوتے ہیں جو عین حدیبہ جات کی نشان دہی کرتا ہے۔ اس لئے



فصل ۱۴۴۔ گھٹنے کے جوڑ کے قرب و جوار کے بر بالی خطوط اور ان کا تعلق زلابی غشا سے۔ (الین تھامسن: Allen Thomson کے مطابق)۔

اس میں وہ نشیب بھی شامل ہوتا ہے جو نیم غشائی عضلہ (semimembranosus) کے غتہ کے لئے ہوتا ہے، اور وہ رچھ بھی جو شظیہ (fibula) کے لئے ہوتا ہے۔ سامنے کی طرف بر بالی خط ہر ایک جانب پر ایک نقطہ تک ڈھلتا چلا جاتا ہے جو پیش ساق کے بالائی سرے پر ہوتا ہے اور اس طرح یہ قصبیہ کے تمام در نہ کو گھیر لیتا ہے۔



بعض اوقات اس حالت میں بھی پہلے چند دنوں کے بعد مسیبت ناکافی ثابت ہوتی ہے۔ اور خطرناک حالت میں سب سے بہتر یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کو یو (U) کی شکل کے اسٹیکٹف سے جو رضعی رباط (ligamentum patellae) پر سے اس ٹوکاٹنا ہوا گذرے کھول دیا جائے اور جوڑ کو اسی طرح خوب کشادہ رہنے دیا جائے تاوقتیکہ یہ اتنا صاف نہ ہو جائے کہ اسے بند کیا جاسکے۔

گھٹنے کے جوڑ کے لئے سکون۔ گھٹنے کے ضربات اور امراض کے ابتدائی مدارج میں جراح کا پہلا مقصد یہ ہوتا ہے کہ جوڑ کے لئے سکون مہیا کرے، اور دوسرا اور بعد کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ اس کے فعل کو از سر نو قائم کرے۔ نیز گھٹنے کے جوڑ کو سکون دینے کے لئے یہ ضروری ہے کہ کوئے کے اور گھٹنے کے جوڑوں کو بھی سکون دیا جائے۔ کیونکہ بہت سے عضلات جو گھٹنے پر فعل کرتے ہیں کوئے اور گھٹنے پر بھی فعل کرتے ہیں۔ یہ ظاہر ہے کہ دہرے جوڑوں والے عضلات کے فعل کو زائل نہیں کیا جاسکتا تاوقتیکہ ان تمام جوڑوں کو جن پر یہ فعل کرتے ہیں ساکن نہ کر دیا جائے۔ حاد درجہ کے افتقار کے ساتھ ہی یہ ضروری ہوتا ہے کہ ساکن کئے ہوئے عضلات کے افعال کی تجدید کی جائے۔ ایسا افعال اور متفعل حرکات سے کیا جاسکتا ہے، جن میں جارحہ اسفل کے تمام جوڑ لازمی طور پر حصہ لیں۔

گھٹنے کے جوڑ میں سے ہتر سینٹین سمیتھ کے ٹوپ دار مساوی جانبی دامن والے طریقہ (Stephen Smith's hooded equal lateral flap method) سے موزوں طور پر کیا جاسکتا ہے۔ مگر اس سے دو نقصان پیدا ہوتے ہیں یعنی (۱) اگر مصنوعی جوڑ دار جارحہ کا استعمال کیا جائے تو اس کا جوڑ لازمی طور پر طبعی جوڑ سے پیچھے ہوتا ہے اس لئے مریض کے دونوں گھٹنوں کے لیول مختلف ہو جاتے ہیں۔ (۲) جوڑ لابی تاجہ پیچھے رہ جاتا ہے اس میں الہتاب زلاب (synovitis) کے متوالی حلقہ واقع ہونیکا خطرہ ہوتا ہے۔ لہذا اکثر جراح فوق قنادالی علیہ مثلاً سٹوکس گریٹی (Stokes-Gritti) کے ہتر کو یاران کے زیریں اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر کے ہتر کو ترجیح دیتے ہیں۔

# باب سبب و پنجم ٹانگ

625

(LEG)

سطحی تشریح۔ قصبیہ کا مقدم کنارہ جس سے پیش ساق کا فراز بنتا ہے تمام کا تمام محسوس کیا جاسکتا ہے۔ یہ کنارہ کسی قدر خمدار ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ باہر کو اور نیچے کی طرف یہ اندر کو خمیدہ ہوتا ہے۔ اس ہڈی کی عریض اندرونی سطح زیر جلدی ہوتی ہے اور اس کے اندر عریض کنارہ کا حدیہ (وسطانی قصبیتی قسنال medial tibial condyle) سے لیکر کعبیہ (malleolus) تک تعاقب کیا جاسکتا ہے۔ شظیہ (fibula) کا سر واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس کی پوری کا بالائی نصف عضلات کے اس تودہ کے نیچے غائب ہو جاتا ہے جو جارحہ کی باہر کی طرف پایا جاتا ہے۔ شظیہ کی پوری کا زیرین نصف حصہ محسوس کیا جاسکتا ہے اور یہ ہڈی کعبیہ کے عین اوپر عضلہ شظیہ ثالثہ (peroneus tertitius) اور دوسرے دونوں شظلی عضلات کے درمیانی وقفہ میں زیر جلدی ہو جاتی ہے۔ شظیہ (fibula) قصبیہ کی سیدھ سے اتنی پیچھے واقع ہوتی ہے کہ اگر اندر کی طرف سے قصبیہ کے پیچھے سے ٹانگ میں سے چاقو مستعرضاً گزارا جائے تو وہ باہر کی طرف شظیہ کے آگے نکلے گا (شکل ۱۴۷)۔

قصبیہ اور شظیہ کے درمیان عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کا خاکہ

جب کہ یہ اپنا فعل سر انجام دے رہا ہو اچھی طرح سے معلوم کیا جاسکتا ہے۔ اس کی باہر کی جانب پر عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کا کلم نمایاں فراز ہوتا ہے۔ بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے جو ارح میں وہ میزاب جو ان دونوں عضلات کو غلطی د کرتا ہے بہت واضح ہوتا ہے۔ اور مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان کے لئے بہترین رہنما ہوتا ہے۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں یہ عضلات وتری ہو جاتے ہیں اور ان کے درمیان عضلہ باسطہ طویل ابہامیہ قدیم (extensor longus hallucis) سطح کی طرف آتا ہوا محسوس کیا جاسکتا ہے۔ طویل اور قصیر فظلی (peroneal) عضلات شناخت کئے جاسکتے ہیں اور ان کے اوتار کا تعاقب کعبیہ کے پیچھے تک کیا جاسکتا ہے۔ فعال انقباض کی حالت میں ان دونوں عضلات کے درمیان کا وقفہ اکثر بخوبی نمایاں ہو جاتا ہے۔ جب جسم پاؤں کی انگلیوں پر اٹھایا جاتا ہے تو گیسٹرو گنیسیس (gastrocnemius) عضلہ اور سکیہ (soleus) کے زیادہ سطحی حصے بخوبی دکھائی دیتے ہیں قبل الذکر کے دونوں سراسر حالت میں بہت واضح ہوتے ہیں، اور یہ بھی دیکھا جاسکتا ہے کہ اندرونی سر زیادہ بڑا ہوتا ہے اور ٹانگ میں زیادہ نیچے تک چلا آتا ہے۔

اُبضی شریان (popliteal artery) قصبیہ (tibia) کے درنہ کے زیرین حصہ کے لیول پر دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے (شکل ۱۳۹ صفحہ 600)۔ موخر قصبیتی عرق (posterior tibial vessel) کا ممر اس خط سے ظاہر کیا جاتا ہے جو گھٹنے کے خم کے زیرین حصہ پر سے جارح کے اندرونی اور بیرونی کناروں کے عین درمیان سے لیکر اندرونی کعبیہ اور ایڑی کے فراز کے درمیان کے وسطی نقطہ تک کھینچا جائے۔ یہ شریان ٹانگ کے زیرین ایک چوتھائی حصہ سطحی ہو جاتی ہے جہاں خلیوتر (tendo Achillis) (عقبیتی: calcaneus) اور قصبیہ کے درمیان اس کا نبضان محسوس کیا جاسکتا ہے۔

شظلی شریان (peroneal artery) گھٹنے سے تین انچ نیچے نکلتی ہے اور شظلیہ (fibula) کے موخر اندرونی کنارہ کے ساتھ ساتھ جا کر بیرونی کعبیہ کے پیچھے جا کر ختم ہو جاتی ہے۔ مقدم قصبیتی شریان (anterior tibial artery) کا محل اس خط سے ظاہر کیا جاسکتا ہے جو مقدم قصبیتی درنہ کے بیرونی کنارہ اور شظلیہ (fibula) کے سر کے بیرونی کنارہ کے



درمیانی فاصلہ کے وسط سے لیکر (پیمائش سے) دونوں کعبیوں کے درمیان کے نقطہ وسطیٰ تک کھینچا جائے۔

دونوں صافنی وریڈیں ٹانگ میں اکثر شناخت کی جاسکتی ہیں۔ اندرونی یا بڑی وریڈ کعبیہ کے سامنے سے گزر کر قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ کے عین پیچھے سے اوپر کی طرف چلی جاتی ہے۔ قصبیہ صافنی وریڈ بیرونی کعبیہ کے پیچھے واقع ہوتی ہے، اور پنڈلی کے درمیانی حصہ پر سے اوپر کی طرف کو جا کر مابض پر ختم ہو جاتی ہے۔ خارجی صافنی عصب اس کے ساتھ ہوتا ہے۔

ٹانگ پر کی جلد زیادہ عمیق حصوں کے ساتھ ران کی نسبت کبھی قدر زیادہ منضم ہوتی ہے۔ اس انضمام کی مقدار میں جو فرق ہوتا ہے وہ اُس وقت ظاہر ہوتا ہے جبکہ بترکی حالتوں میں دونوں حصوں پر سے جلدی دامنوں کی تقطیع کی جاتی ہے۔ قصبیہ کی اندرونی سطح اور پیش ساق کے زیادہ حصہ پر جلد عین گرد عظمہ اور ہڈی پر واقع ہوتی ہے اور سوائے زیر جلدی ردا کی تھوڑی سی مقدار کے ان کے درمیان اور کچھ حائل نہیں ہوتا۔ 627

چنانچہ اس مقام کی چوٹوں میں نہ صرف زیادہ درد ہی پایا جاتا ہے بلکہ جلد کی بہت سی کوفنگی اور دریدگی بھی پائی جاتی ہے۔ پیش ساق کی رگڑ اتنی چوٹ سے واقع ہو جاتی ہے جتنی کہ بخوبی محفوظ حصہ پر یا تو کچھ اثر نہیں رکھتی اور یا بہت کم اثر رکھتی ہے۔ ان حصوں پر (جو بہت ہی کم محفوظ ہیں) قروح زیادہ گہرا پھیل جانے سے ہڈی کو جلد معرا کر دیتے ہیں اور التهاب گرد عظمہ (periostitis) پیدا کر دیتے ہیں۔ عمیق قروح یا احتراقات کے بعد جو ندب جات باقی رہ جاتے ہیں وہ بھی ہڈی سے اکثر بالکل منضم پائے جاتے ہیں۔

صفاق (aponeurosis) گھٹنوں تک کسے ہوئے بوٹ کی طرح ٹانگ کو محصور کرتا ہے، اور یہ صرف ہڈیوں کی زیر جلدی سطح پر ہی موجود نہیں ہوتا (شکل ۱۴۷) اور (۱۴۸)۔ یہ قصبیہ (tibia) کے سر اور اس کے مقدم اور اندرونی کناروں اور شظیہ (fibula) کے سر اور دونوں کعبیوں سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ اوپر کی طرف یہ روائے مابض (fascia lata) سے اور نیچے کی طرف پاؤں کی ردا اور حلقی رباطات سے مسلسل ہوتا ہے۔ آگے کی طرف پیچھے کی طرف کی نسبت یہ زیادہ موٹا ہوتا ہے اور ٹانگ کے بالائی حصہ پر

کھینچنے کے عین نیچے یہ خاص طور پر موٹا ہوتا ہے۔ اس مقام پر یہ ردا ان سلعات کی بالیدگی کو جو قصبیہ کے سر سے پیدا ہوتے ہیں بہت مزاحم آتی ہے۔ اس صفاق کی گہری سطح سے دو فاصلہ اندر کی طرف کو جاتے ہیں اور شیطیہ (fibula) کے مقدم اور عارضی کناروں سے چسپیدہ ہو جاتے ہیں۔ یہ دونوں بڑے شیطی (peroneal) عضلات کو جارحہ کے دوسرے عضلات سے منفرد کر دیتے ہیں، اور ایک بند فضا بناتے ہیں جو بعض اوقات پریپ کا ایک واضح اور بخوبی محسوس مقام کہفہ بن جاتی ہے۔ گیسٹروکینیٹس (gastrocnemius) اور سکیہ (soleus) کے نیچے ردا کی ایک تہ دونوں ہڈیوں کے درمیان پھیلی ہوتی ہے۔ اور یہ تہ عضلات کی عمیق تہ کو پوشیدہ کرتی ہے۔ اس کا اوپر کا حصہ باریک مگر نیچے کا کشیف ہوتا ہے۔ عمیق خراج کی ترقی کی رہنمائی کرنے میں اس کا کچھ حصہ ہوتا ہوگا۔

جارحہ کی مشلول حالتوں میں ردا ئی پھیلاؤں اور غلافوں میں تقبضات واقع ہو جاتے ہیں۔ اور جب جراح جارحہ کو اس کی طبعی حالت پر لانے کی کوشش کرتا ہے تو یہ مزاحمت کرتے ہیں (کالین میکینزی: Colin Mackenzie)۔

ٹانگ کے بالائی ایک تہائی حصہ میں عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور باسط مشترکہ اصبعیہ (extensor communis digitorum) کے درمیان ایک فاصلہ ہوتا ہے جس کو مقدم قصبیتی شریان کے بالائی حصہ کے باندھنے کے لئے علیہ سراجام دیتے وقت تلاش کرنا ضروری ہوتا ہے۔

عضلہ سکیہ (soleus) کے جرم میں ایک وتری پھیلاؤ ہوتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے اندرونی کنارہ سے چسپیدہ ہوتا ہے۔ موضع قصبیتی شریان (posterior tibial artery) کو بندش لگانے میں عضلہ سکیہ (soleus) میں سے کاٹتے وقت یہ ممکن ہوتا ہے کہ اس تقاطع کو غلطی سے اس عضلہ کی عمیق سطح پر کا صفاق تصور کر لیا جائے۔

گیسٹروکینیٹس (gastrocnemius) یا اخیلی وتر (tendo Achillis) بعض اوقات سخت ورزش سے شق ہو جاتا ہے۔ خاص کر جب کہ مریض ٹینس کا پلای کوئی ایسا دوسرا جوتا پہنے جس کی ایرٹی اس جوتے سے کم اونچی ہو جو وہ عادتاً پہنتا ہے۔ یہ حادثہ مشہور و معروف جان ہنٹر (John Hunter) کو رقص کرتے ہوئے پیش آیا تھا۔ انحصیہ (plantaris) کا

وتر بھی اکثر مستقفاً پھٹ جاتا ہے جس سے ورزش کے دوران میں پنڈلی میں دفعۃً ایک چمک اٹھتی ہے۔

عروق۔ چونکہ ٹانگ کی تمام بڑی بڑی شریانیں ہڈیوں سے بہت قریب ہوتی ہیں اس لئے جارحہ کے کسور میں تیز ٹکڑوں سے ان کے زخمی ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ شطلی (peroneal) شریان پر جو شطلیہ (fibula) کے ساتھ ساتھ ایک لیفی قنال میں جاتی ہے خاص طور پر اس امر کا اطلاقی ہوتا ہے۔ اور جو کسور اس ہڈی کے وسط پر واقع ہوتے ہیں ان میں اس کے زخمی ہونے کا معتد بہ خطرہ ہوتا ہے۔ جہاں ما بعضی شریان (popliteal artery) دو شاخوں میں تقسیم ہوتی ہے وہاں سداوں (emboli) کے خاص طور پر انک جانے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ اس عرق کو ڈاٹ لگا دیتے ہیں اور ٹانگ کی نینوں بڑی شریانوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ لہذا اس واقعہ کے بعد گنگرین فیلل الوقوع نہیں ہوتی۔ یہ امر تعجب نیز ہے کہ جب ورید اور شریان دونوں کو بندش لگا دی جائے تو گنگرین کے واقع ہونے کا احتمال کم ہوتا ہے (Makins: میکنس)۔

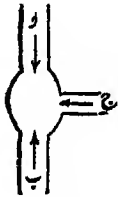
دوالی نما وریدیں (varicose veins) جسم کے کسی دوسرے حصہ کی نسبت شائد بوا سیری (haemorrhoidal) یا منوی (spermatic) وریدوں کے سوا ٹانگ میں زیادہ کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس حالت کا انحصار جارحہ اسفل کی وریدوں کے طول کی زیادتی پر، اور خون کے ان بڑے بڑے ستونوں پر، جن کو ان کے مصاریع کو سہارا دینا پڑتا ہے، اور انکی انتصابی وضع پر، اور ان بڑے بڑے تنوں (حرقنی iliac) کے جن میں یہ وریدیں انجام کار داخل ہوتی ہیں مضبوط ہو جانے کے امکان پر، اور نیز اس امر پر ہے کہ سطحی وریدوں کے رداسے باہر واقع ہونے کی وجہ سے ان کے دوران کو وہ مدد نہیں لیتی جو عضلی انقباض سے حاصل ہوتی ہے۔ طبعی نقطہ نگاہ سے عرقی نظام کو سیال کا ایک انتصابی ستون سمجھنا چاہئے۔ اس کی دیواروں پر اتنا ہی زیادہ دباؤ ہوگا جتنا نیچا کہ لیول ہوگا۔ صافنی وریدیں (saphenous veins) پتلی دیواروں کی تندہ پذیر نیساں ہیں جو اس استوار دیواروں والے استوانہ سے جو ٹانگ اور انکی عمیق رداسے بنتا ہے باہر واقع ہیں۔ اور جسم کے نیچے کے حصہ میں پائی جاتی ہیں جہاں

جاذبہ زمین سے پیدا شدہ دباؤ سب سے زیادہ ہے (Hill: گیسٹس (garters) کا استعمال خاصکر طویل صافنی وریڈ پر اثر کرتا ہے جو ہڈی کے قریب اس مقام پر واقع ہوتی ہے جہاں یہ انقباضی بند بالعموم لگائے جاتے ہیں۔

ورنیوئل (Verneuil) بیان کرتا ہے کہ پنڈلی کے عضلات کی دونوں تہوں کے درمیان ایک وریڈی ضغیر ہوتا ہے جس کے متعلق اس کا یہ خیال ہے کہ اس میں سطحی عروق کی نسبت دوالی زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان وریڈوں کی دوالی نما حالت سے جو گہری واقع ہوتی ہیں ”ہمیشہ درد کرنے والی ٹانگوں“ (aching legs) کی توجیہ ہو سکتی ہے جس کی شکایت ایسے اشخاص کیا کرتے ہیں جو بہت دیر تک کھڑے رہتے ہیں۔ دروں عضلی وریڈیں بہت بڑی ہوتی ہیں۔ کیلنڈر

(Calender) نے یہ ثابت کیا ہے کہ ان چھ وریڈوں کا مجموعی قطر

جو عضلہ سکیہ (soleus) میں سونگڑ موخر نصیبی (posterior tibial) اور شطی (peroneal) تنوں سے جاملتی ہیں ایک انچ سے کم نہیں ہوتا۔



دوالی کی ابتدا سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ ان مقامات پر ظہور پذیر ہوتی ہے جہاں سطحی وریڈیں عمیق عروق میں داخل ہوتی ہیں۔

اس کے لئے ایک معقول وجہ موجود ہے کیونکہ ان مقامات پر تین قوتیں ملتی ہیں جن کے عمومی رخ مشمولہ تصویر میں ظاہر کئے گئے ہیں

شکل ۱۴۶۔

(شکل ۱۴۶)۔ خون کے فوق الوضعی ستون کا وزن (ا) اوپر سے فعل کرتا ہے۔ اور عمیق

وریڈ کے داخل ہونے کے مقام سے نیچے مصراع ہوتا ہے اس کی پیش کردہ مزاحمت (ب) نیچے سے فعل کرتی ہے۔ اور وہ قوت جس سے قابض عضلات خون کو عمیق وریڈ

سطحی تنے میں دھکیلتے ہیں ہر دو خطوط قوت سے زاویہ پر عمل کرتی ہے (ج)۔ دوالی کے مریضوں کی یہ بد قسمتی ہے کہ دونوں بڑی وریڈوں (صافنی) کے ساتھ ساتھ

حسی اعصاب بھی ہوتے ہیں۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ دوالی نما وریڈوں کی موجودگی میں جو درد پایا جاتا ہے اس کا بہت کچھ انحصار انہی اعصاب پر دباؤ پڑنے پر ہوتا ہے۔

ٹانگ کے درد کے سلسلہ میں یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب اس حصہ کو

حس ہٹا کرتے ہیں وہ اپنے نقاط انتہا سے معتد بہ فاصلہ پر پیدا ہوتے ہیں۔ اور یہ ممکن ہے کہ جارحہ میں درد پیدا ہونے کا سبب تکلیف کے مقام سے بہت دور واقع ہو۔ چنانچہ ٹانگ کے نیچے کے حصہ اور پاؤں کا شدید درد قطنی سلعہ میں پایا جاسکتا ہے۔ یا ران یا گھٹنے کا دروست قطنی سرطان سی جو عجزی ضغیرہ (sacral plexus) پر اثر انداز ہو چکا ہو پیدا ہو سکتا ہے۔ کلیوی حصات (renal calculus) کے متعلق یہ مشاہدہ کیا گیا ہے کہ یہ ایری میں شدید درد پیدا ہونے کا باعث بھی ہوتا ہے۔

ٹانگ کے کسور - قصبیہ (tibia) اور شظیہ (fibula) ایکلی ایکلی ٹوٹنے کی نسبت اکثر اکٹھی ٹوٹتی ہیں۔ اور ایکلی ایکلی ٹوٹنے کی حالت میں بڑی ہڈی کے مقابلہ میں شظیہ (fibula) اکثر ٹوٹتی ہے۔

۱۔ قصبیہ اور شظیہ (tibia and fibula)۔ جہاں تک اس مزاحمت کا تعلق ہے جو شظیہ (fibula) چوٹ کو پیش کرتی ہے یہ ہڈی سوائے کعبیہ اور بالائی سر کے باقی تمام حصوں میں تقریباً ایک سی مضبوط ہوتی ہے۔ اس کے طول کی زیادتی، اس کا محل جو جارحہ کی زیادہ معراجاں پر ہوتا ہے اور قصبیہ سے اس کے چسپیدہ ہونیکا طریقہ (اس کے دونوں سرے مثبت ہوتے ہیں اور اس کا زیادہ تر حصہ بغیر سہارے کے ہوتا ہے)، وہ امور ہیں جو اس میں کسرواقع ہونے کے امکان کو خاص طور پر زیادہ کر دیتے ہیں۔ مگر یہ اپنے ارد گرد کے عضلات کی موٹی گدی سے بہت اچھی طرح سے محفوظ ہوتی ہے۔ قصبیہ کی پوری کی مضبوطی جہاں تک اس کے اوپر کے درمیان کے، اور نیچے کے حصوں کا تعلق ہے مختلف ہوتی ہے۔ ڈاکٹر لیریش (Dr. Leriche) کے مطابق بالغ کی قصبیہ کا اوسط مستعرض قطر حدیہ جات کے عین نیچے ۱ ۳/۴ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ کعبیہ کے قاعدہ پر اس کا مستعرض قطر ۱ ۱/۴ انچ سے ذرا کم ہوتا ہے۔ اور اس ہڈی کے سب سے پتلے حصہ کا قطر ۱ ۱/۴ انچ سے ذرا زیادہ ہوتا ہے۔ یہ پتلہ حصہ پوری کے زیرین اور وسطی ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر ہوتا ہے اور یہ ہڈی کا کمزور ترین مقام ہے۔ لہذا قصبیہ (tibia) کے کسر کا عام ترین محل وقوع پوری کے زیرین اور درمیانی ایک تہائی حصوں کا مقام اتصال ہے۔ جب یہ ہڈی بالواسطہ تشدد سے ٹوٹتی ہے تو یہ اسی مقام پر

جواب دیتی ہے، اور بلا واسطہ ضرب سے پیدا شدہ ضرارت پوری کے ہر ایک حصہ میں واقع ہو سکتے ہیں۔

نرم حصوں کے غلاف کے پٹلا ہونے اور قوت کا سرہ اور ہڈی کے درمیان خفیفی رکاوٹ حائل ہونے کی وجہ سے ٹانگ کے کسور جو ارج کی دوسری ہڈیوں کی نسبت اکثر مرکب (compound) اور متعدد (comminuted) ہوتے ہیں۔

اگر کسر ترجھا ہو جیسا کہ چوٹ کے بالواسطہ لگنے کی حالت میں عام طور پر ہوتا ہے تو خط شکستگی بالعموم پیچھے سے نیچے کی اور آگے کی اور ذرا اندر کی طرف کو آتا ہے۔ نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہی پنڈلی کے عضلات سے بقیہ ہڈی کے پیچھے سے اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اور خط کسر کے ترجھا ہونے کی وجہ سے عام طور پر باہر کی طرف کو بھی ٹل جاتا ہے نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے پھر جانے کی وجہ سے باہر کی طرف کو کبھی قدر گردش کر جاتا ہے، اور یہ گردش جارحہ کے صرف وزن ہی سے پیدا ہو جاتی ہے۔ اگر کسر تعرض ہو تو غیر وضعیت نہیں پائی جاتی، اور اگر کبھی پائی بھی جاتی ہے تو بہت ہی کم ہوتی ہے۔

تنظیہ (fibula) قصبیہ (tibia) کی نسبت عام طور پر زیادہ اونچے لیول پر ٹوٹتی ہے۔ اور اس میں کچھ شبہ نہیں کہ اس کا نیچے کا ٹکڑا اس سے بڑی ہڈی کے متناظر ٹکڑے کی بالکل صحیح صحیح متابعت کرتا ہے۔

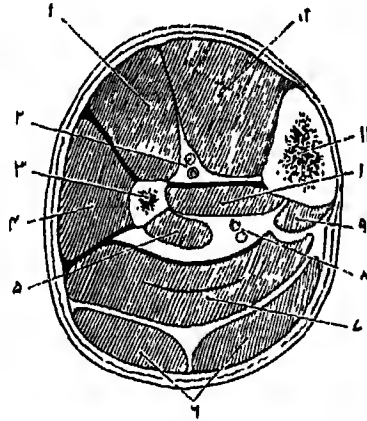
مروڑے جانے سے خاص کر جب کہ پاؤں ثابت ہو ایک حلزونی کسر (لولی کسر: fracture hélicoïde) پیدا ہو سکتا ہے جو قصبیہ (tibia) کے زیرین ایک تہائی حصہ میں واقع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ایک کم و بیش انتصابی اشتقاق بھی پایا جاتا ہے جو ٹخنے کے جوڑ کو مائل کر دیتا ہے، اور تنظیہ (fibula) کا ایک کسر بھی پایا جاتا ہے جو زیادہ اونچا ہوتا ہے۔

۲۔ ایکلی تنظیہ۔ اس ہڈی کے زیرین ایک چوتھائی حصہ میں جو کسور واقع ہوتے ہیں وہ عام طور پر بالواسطہ تشدد سے پیدا ہوتے ہیں اور ان کا ذکر ٹخنے کے جوڑ کے سلسلہ میں کیا جائیگا۔ جب اس ہڈی کا کوئی دوسرا حصہ ٹوٹتا ہے تو قوت کا سرہ بالعموم بلا واسطہ اثر کرتی ہے، اور غیر وضعیت بہت ہی قلیل ہوتی ہے۔ اور شکل سو دکھائی دیتی ہے۔ قصبیہ (tibia) ایک

موثر جبرہ کا کام دیتی ہے۔

۳۔ اکیلی قصبیہ - کعبیہ چوٹ سے ٹوٹ سکتا ہے، یا زیرین بر بالہ علحدہ ہو سکتا ہے۔ موخر الذکر سارے اندرونی کعبیہ اور اس رنچ پر تک ہوتا جس کی شیطیہ (fibula) جڑ پتی ہے۔ یہ اٹھارویں یا بیسویں سال میں پوری سے متحد ہوتا ہے۔ اکیلی قصبیہ (tibia) کے کسور تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ ضرب سے پیدا ہوتے ہیں۔ ہڈی کے زیرین ایک نہائی حصہ میں یہ نہایت کثیر الوقوع ہیں۔ اور جوں جوں گھٹنے کے قریب جائیں یہ زیادہ نادر الوقوع

632



شکل ۱۲۷۔ ٹانگ کے بالائی ثلث کی مستعرض تراش کی ارتسامی توضیح۔

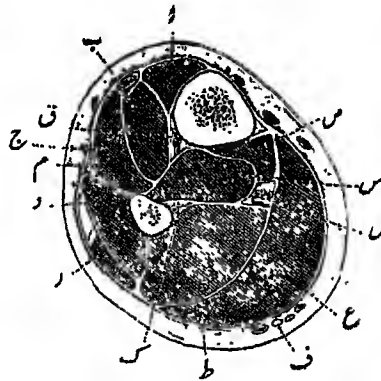
سکلیہ کے نیچے مضبوط صفاق کو اور اس عضلہ کے جرم میں کمبوس و ترکو بھی دیکھو۔

- ۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم - ۲۔ مقدم قصبیتی شریان اور عصب - ۳۔ شیطیہ - ۴۔ عضلہ شیطیہ طویلہ۔
- ۵۔ قابضہ طویلہ اہامیہ قدیمہ - ۶۔ گیسٹروکنیمیہ - ۷۔ سکلیہ - ۸۔ موخر قصبیتی شریان اور ورید۔
- ۹۔ قابضہ طویلہ اصبعیہ - ۱۰۔ عضلہ قصبیہ موخر - ۱۱۔ قصبیہ - ۱۲۔ باسطہ طویلہ اصبعیہ -

ہوتے جاتے ہیں۔ جب کسر متعرض ہوتا ہے تو بعض اوقات کوئی مرئی غیر وضعیت نہیں ہوتی، اور شیطیہ (fibula) جبرہ کا کام دیتی ہے۔ جب کسر ٹخنے کے جوڑ کے عین اوپر ہوتا ہے

تو نیچے کا ٹکڑا پاؤں کے ساتھ ہر ایک سمت میں ہلایا جاسکتا ہے۔ اسی غیر وضعیت کی مرزا اور تحدید تحتانی قصبیتی شتطوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) کرتے ہیں۔

سکاحمت (rickets) میں جو ارجح کی تمام ہڈیوں میں سے قصبیہ (tibia) ہی ہے جو نہایت کثرت سے خمیدہ ہو جاتی ہے۔ یہ اپنے کمزور ترین حصہ پر (درمیانی اور



شکل ۱۴۱۔ ٹانگ کے زیرین ایک تہائی حصہ میں سے نراس۔  
(برائن : Braune)۔

۱۔ عضلہ قصبیہ مقدم - ب۔ باسط لولہ اہامیہ قدیمہ - ج۔ باسط مشترکہ اصبعیہ - د۔ عضلہ شظیہ قصیرہ  
 ۲۔ شظیہ لولہ - ۳۔ عضلہ قصبیہ موخر - ۴۔ قابضہ لولہ اصبعیہ - ۵۔ قابضہ لولہ اہامیہ قدیمہ -  
 ۶۔ گیٹروکنیمیس اور سکیہ - ۷۔ نصیر صافنی عصب اور ورید - ۸۔ مقدم قصبیتی عروق اور عصب -  
 ۹۔ شظی عروق - ۱۰۔ موخر قصبیتی عروق اور عصب - ۱۱۔ عضلی جلدی عصب -

زیریں ایک تہائی حصوں کے مقام اتصال پر، جھک جاتی ہے اور یہاں ہڈی میں آگے کی اور ذرا باہر کی طرف کو ایک خم پایا جاتا ہے۔  
تشنیہ کبھی کبھی غائب بھی ہوتی ہے اور اس حالت کے ساتھ پاؤں کی شبیلی بھی



پاٹی جاتی ہے۔ نیز پاؤں کی باہر کی طرف کی دو یا دو سے زیادہ انگلیاں بھی غائب ہوتی ہیں۔  
 قصبیہ (tibia) اپنے زیر جلدی محل کی وجہ سے عظمی پیوند حاصل کر نیکیے لئے  
 مناسب مقام کا کام دیتی ہے۔

بتر۔ شکل ۱۴۷ ان ساختوں کو ظاہر کرتی ہے جو ٹانگ کے وسطی ثلث کے  
 بالائی حصہ میں سے بتر کرتے وقت کاٹی جائیگی۔

شکل ۱۴۸ میں ٹانگ کی مستعرض تراش اس کے زیرین ایک تہائی حصہ  
 میں سے دکھائی گئی ہے جس سے اُن حصوں کی تعداد اور ان کے محل کا کچھ پتہ چل سکتا ہے  
 جو اس حصہ میں سے بتر کی انجام دہی کے وقت کاٹے جاتے ہیں۔

# باب ہشتم

## ٹخنہ اور پاؤں

(THE ANKLE AND THE FOOT)

سطحی تشریح - عظمی نقاط - دونوں کعبیوں کے خاکے بہت واضح طور پر معلوم کئے جاسکتے ہیں۔ داخلی زائیدہ کی نسبت خارجی کی مقدار کم نمایاں ہوتا ہے اور زیادہ نیچے تک جاتا ہے، اور اس سے زیادہ پیچھے واقع ہوتا ہے۔ خارجی کعبیہ کی نوک تنظر عظمی ارتفاع کی نسبت ۱/۲ انچ پیچھے اور نیچے ہوتی ہے۔ گرد داخلی کعبیہ کا مقدم موخر قطر اتنا ہوتا ہے کہ اس کا موخر کنارہ پیچھے کی طرف بیرونی زائیدہ کے موخر کنارہ کے لیول پر ہوتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر حرارتی ہڈیاں فرداً فرداً شناخت نہیں کی جاسکتیں، گو پاؤں کی دروں گردانی کی حالت میں اس پر عرقوب (astragalus) سے ایک نمایاں مریہ بنتا ہے۔

پاؤں کی اندرونی جانب عظم العقب (os calcis) (عقبیہ calcaneus) کا حدیب سب سے پیچھے محسوس کیا جاسکتا ہے۔ اس کے سامنے اور اندرونی کعبیہ سے عموداً

ایک انچ نیچے دعام عرقوب (sustentaculum tali) کا مرہم ہوتا ہے۔ اس کعبیہ سے ۱/۴ انچ سامنے سفینیہ (scaphoid) (زورقی: navicular) کا حدیبہ واضح طور پر شناخت کیا جاسکتا ہے (شکل ۱۵۱ صفحہ ۶۵۲)۔ اس کے اور موخر الذکر زائیدہ کے درمیانی وقفہ میں تھمائی عقبینی سفینیہ رباط (inferior calcaneo-scapoid ligament) اور عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posterior) کا وتر ہوتا ہے۔ آگے چکر پاؤں کے اگلے حصہ کے قریب ایک حید محسوس کیا جاسکتا ہے جو پہلی بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ سے بنتا ہے، اور اس کے اور سفینیہ (scaphoid) کے درنہ (زائیدہ: process) کے درمیان اندرونی فائدہ شکل (cuneiform) ہڈی واقع ہوتی ہے۔ اخیر میں پہلی بعد حمارتی ہڈی کی پوری اور اس کا پھیلا ہوا سر اور وہ سہمائی ہڈیاں جو بعد حمارتی سلامی (metatarsal phalangeal joint) کی انحصی جانب پر واقع ہوتی ہیں کم و بیش واضح طور پر محسوس کی جاسکتی ہیں۔ پاؤں کی بیرونی جانب پر عظم العقب (os calcis) کی تقریباً تمام خارجی سطح زیر جلدی ہوتی ہے۔ ٹخنے سے نیچے ایک انچ سے کم فاصلہ شظی در (peroneal tubercle) ہوتا ہے جس سے اوپر قصیر شظی وتر اور نیچے طویل شظی وتر ہوتا ہے۔ بیرونی ٹخنے سے تقریباً ۲ ۱/۴ انچ کے فاصلہ پر پانچویں بعد حمارتی ہڈی کا حدیبہ بہت نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس سے تقریباً ایک انچ پیچھے تک نردی (cuboid) ہڈی پھیلی ہوتی ہے۔ جوڑوں کے خطوط۔ ٹخنے کا جوڑ اندرونی کعبیہ کی نوک سے تقریباً ۱/۴ انچ اوپر کے ایک نقطہ کے لیول پر واقع ہوتا ہے۔ سفینیہ (scaphoid) کے درنہ کے عین پیچھے عرقوبی سفینیہ مفصل (astragalo-scapoid articulation) ہوتا ہے۔ اور اگر ایک خط پاؤں کی پشت پر اس زائیدہ کے عین پیچھے سے عرضاً کھینچا جائے تو وہ بہت اچھی طرح سے وسطی حمارتی جوڑ (mid-tarsal joint) کا تناظر ہوگا یہ جوڑ عرقوبی سفینیہ (astragalo-scapoid) اور عقبینی نردی (calcaneo-cuboid) جوڑوں سے مرکب ہوتا ہے۔

اگر موخر الذکر مفصل تک باہر کی طرف سے رسائی کی جائے تو یہ اس نقطہ کے بالمقابل پایا جائے گا جو بیرونی ٹخنے اور پانچویں بعد حمارتی ہڈی کے حدیبہ کے درمیان

وسط پر واقع ہو۔

پہلی اور پانچویں بعد حمارتی ہڈیوں کے اور اندرونی فاند نما (cuneiform) اور نردی (cuboid) ہڈیوں کے درمیان کے مفاصل کے خطوط فرداً فرداً باسانی ظاہر کئے جاسکتے ہیں کیونکہ یہ قبل الذکر ہڈیوں کے قاعدوں کے عین پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ بعد حمارتی سلامی (metatarso-phalangeal) مفاصل متناظر انگلیوں کی درمیانی جلد سے تقریباً انچ پیچھے واقع ہوتے ہیں۔ قرنی سلامیہ اور وسطی سلامیہ کا کچھ حصہ انگلیوں کی درمیانی جلد میں مدفون ہوتا ہے۔

اوتار۔ انخیل وتر (tendo Achillis) (عقیدتی وتر: tendo calcaneus) ٹخنے کی پشت پر بہت نمایاں طور پر ابھرا ہوتا ہے۔ اور اس کے اور کعبیوں کے درمیان دو گڑھے ہوتے ہیں جو فربہ اشخاص میں بھی نمایاں ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب پر خاص کر جبکہ یہ جوڑخم کر دگی کی حالت میں ہو باسط عضلات کے اوتار باسانی تیز کئے جاسکتے ہیں۔ اور یہ اندر سے باہر کی طرف کو یوں واقع ہوتے ہیں: عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کا وتر، عضلہ باسط طویلہ ابہامیہ قدیمیہ (extensor longus hallucis) کا وتر، عضلہ باسط طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) کا وتر، اور شظیہ ثالثہ (peroneus tertius) کا وتر۔ انگلیوں کے عضلات باسط کے اوتار کے نیچے اور پاؤں کی پشت کے بیرونی حصہ پر وہ لحمی تودے محسوس کئے جاسکتے ہیں جو عضلہ باسط قصیرہ اصبعیہ (extensor brevis digitorum) سے بنتے ہیں اور جب یہ عضلہ فعل کرتا ہے تو دکھائی بھی دیتے ہیں۔ اندرونی کعبیہ سے اوپر عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) اور عضلہ قابضہ طویلہ اصبعیہ (flexor longus digitorum) کے وتر شناخت کئے جاسکتے ہیں، قبل الذکر ہڈی سے زیادہ نزدیک ہوتا ہے۔ وسطی خط کے زیادہ قریب سے عضلہ قابضہ طویلہ ابہامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) گذرتا ہی بیرونی کعبیہ کے پیچھے شظیہ (fibula) کی کور کے نزدیک طویل اور قصیر شظی (peroneal) اوتار محسوس کئے جاسکتے ہیں۔ قصیر عضلہ کا وتر اس سے زیادہ قریب ہوتا ہے۔

تلوے کے وسط میں سخت اخصمی ردا (صفاق: aponeurosis) محسوس کی جاسکتی ہے۔

اور جب عضلات باسطہ سے انگلیاں اوپر کی طرف کو کھینچ لی جاتی ہیں تو اس کے کچھ زائد شناخت کئے جاسکتے ہیں۔ پاؤں کے اندرونی حاشیہ پر کاٹھی تو وہ عضلہ مبعده ابہامیہ قدیمہ (abductor hallucis) اور عضلہ قابضہ قصیرہ ابہامیہ (flexor brevis hallucis) سے بنتا ہے اور جو تودہ بیرونی جانب پر ہوتا ہے وہ عضلہ مبعده خنصریہ (abductor minimi digiti) اور عضلہ قابضہ قصیرہ خنصریہ (flexor brevis minimi digiti) سے بنتا ہے۔

عروق - مقدم قصبیتی (anterior tibial) شریان اور عمیق شفا (deep peroneal) عصب ٹخنے کے جوڑ کے بالمقابل عضلہ باسطہ ابہامیہ قدیمہ (extensor proprius hallucis) اور عضلہ طولیہ اصبعیہ (longus digitorum) کے اوتار کے درمیان پائے جاتے ہیں۔ ٹہری شریان ٹخنے کے وسط سے لیکر اُس وقفہ تک جاتی ہے جو پہلی اور دوسری بعد حمارتی ہڈیوں کے درمیان موجود ہوتا ہے۔ اس کا نبضان ہڈیوں پر عضلہ باسطہ ابہامیہ قدیمہ قصبیتی (extensor proprius hallucis) کے وتر کی بیرونی جانب پر جو اس کا بہترین ابھنا چھ سوں کیا جاسکتا ہے۔ خصی شریانی (plantar arteries) اندرونی کعبیہ کی ٹوک اور ایڑی کے انحداب کے مرکز کے درمیانی فاصلہ کے نقطہ وسطی سے شروع ہوتی ہیں۔ جبکہ عروق اس خط کی متابعت کرتا ہے جو اس نقطہ سے لے کر انگوٹھے کی زیریں سطح کے وسط تک کھینچا جائے۔ خارجی عرق تلوے کو ترچھے رخ میں عبور کرتا ہے اور پانچوں بعد حمارتی ہڈی کے قاعدہ کے اتنا قریب آ جاتا ہے کہ ان کے درمیان ایک انگوٹھے کی چوڑائی سے کم فاصلہ رہ جاتا ہے۔ یہاں سے یہ زیادہ مستعرض رخ میں مرکز بعد حمارتی ہڈیوں کے قاعدوں کے اوپر سے اندر کی طرف کو گذرتا ہوا پاؤں کو عبور کرتا ہے اور ٹہری قدیمی (dorsalis pedis) شریان کے ساتھ پہلی بین العظامی فضا کی پشت پر تنغم ہو جاتا ہے۔

پاؤں کی پشت پر وریدوں سے بنی ہوئی ایک مخراب دکھائی دیتی ہے جو انگلیوں کی طرف محدب ہوتی ہے اس کے سرے داخلی اور خارجی صافنی وریدوں سے مل جاتے ہیں۔

ٹخنے کے اوپر کی اور پاؤں کی پشت پر کی جلد پتلی ہوتی ہے مگر ماتحت حصوں سے یہ ڈھیلے طور پر چسپیدہ ہوتی ہے۔ نیچے کی ہڈی کے قریب ہونے کی وجہ سے کعبیوں اور پشت پا پر کی جلد کو غیر مناسب طریقہ پر لگے ہوئے جہیروں اور پلاسٹروں کے دباؤ سے ضرر پہنچ جاتا ہے۔ اور اتنے دباؤ سے جس سے دوسرے حصوں میں کوئی تکلیف پیدا نہیں ہوتی لنگرین واقع ہو سکتی ہے۔ تلوے پر کی پوشش ان تمام حصوں پر جو زمین سے چھوتے ہیں کشیف اور موٹی ہوتی ہے۔ طبعی پاؤں میں ایرٹی، پاؤں کا بیرونی حاشیہ اور بعد حمارتی سلامی جوڑوں کا خط زمین سے چھوتے ہیں جب کہ پاؤں چپٹا رکھا جائے (شکل ۱۵۳ صفحہ ۶۵۵)۔

ٹخنے اور پاؤں پر کی زیر جلدی بافت کی مقدار اور اس کے خواص بہت اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ ٹخنے کی سامنے کی جانب اور پشت پا پر یہ بہت ڈھیلی ڈھالی اور چربی سے مبرا ہوتی ہے۔ اور جسم کے عمومی استقامت میں یہ پہلا حصہ جو در ریختہ ہوتا ہے۔ تلوے پر زیر جلدی بافت کشیف اور محکم ہوتی ہے اور چربی کے غلولوں سے بڑی ہوتی ہے۔ ایرٹی کے اوپر یہ ۳ انچ موٹی ہوتی ہے۔

پاؤں کی پوششوں میں اعصاب کی رسد بافراط موجود ہوتی ہے۔ اور یہ چھ سے کم عصبی تنوں کی شاخوں سے نہیں آتی یعنی عضلی جلد (musculo-cutaneous) (سطحی شغلی: superficial peroneal)، مقدم قصبیتی (anterior tibial)، دونوں صافنی، اور خارجی اور داخلی انحصی (plantar) سے آتی ہے۔ ان جلدی شاخوں پر پائینی اجسام (Pacinian bodies) پائے جاتے ہیں، اور نہائی بصلہ جاست (end-bulbs) تلوے پر کی جلد میں ملتے ہیں۔ پاؤں کی پوششوں میں درد، دباؤ اور تپش کے احساس اور لمسی اثر کے بعض غیر معمولی اقسام مثلاً گدگدی کے لئے تیز مجبیت موجود ہوتی ہے۔

وضعی معکوسات (postural reflexes) تلوے کی جلد پر سے اور پاؤں کے جوڑ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ماہر مربیات ان معکوسات سے جبل شوکی کے قطنی حصہ کی حالت معلوم کرنے کے لئے استفادہ کرتا ہے۔ مگر جب لمسی عدم حسیت کی

حسیت پیم (asthesiometer) سے پیمائش کی جاتی ہے تو یہ حادثات نہیں ہوتی۔ اور جہاں تک اس معاملہ کا تعلق ہے پشت پا سرین کی جلد سے زیادہ حساسیت ظاہر نہیں کرتی۔

”پانہاد“ (tread of the foot) پر اور خاص کر انگوٹھے کی گدی پر ہزال نہری (tabes dorsalis) اور دوسرے عصبی عوارض کی وہ عجیب و غریب پیچیدگی جو ”قرحہ ثاقب“ (perforating ulcer) کے نام سے موسوم ہے نہایت کثرت سے دیکھنے میں آتی ہے۔

پاؤں کی روائیں اور ٹخنے پر کے اوتار - نہری روائیں دو تھوں میں واقع ہوتی ہیں۔ ایک سطحی ہوتی ہے جو بالائی مقدم حلقہ نما رباط (ٹانگ کے مستعرض رباط) سے شروع ہوتی ہے، اور ایک عمیق جو عضلہ باسطہ قصیرہ (extensor brevis) اور بین العظامی عضلات (interossei) کے اوپر واقع ہوتی ہے۔ یہ دونوں غشائیں باریک اور غیر اہم ہوتی ہیں اور جراحی نقطہ نگاہ سے یہ کوئی اثر پیدا نہیں کرتیں۔ انھیں ردا (plantar fascia) تین حصوں میں منقسم ہوتی ہے۔ ایک مرکزی یا بڑا حصہ جو نہایت ہی کثیف اور مضبوط ہوتا ہے، اور ایک اندرونی اور ایک بیرونی پھیلاؤ جو باریک اور جراحی نقطہ نگاہ سے غیر اہم ہوتے ہیں۔ بائیں حصہ دونوں جانبی حصوں میں ہے بیرونی حصہ کی مقدار و فحش رکھتا ہے، اور عظم العقب (os calcis) اور پانچویں بوجھا ہڈی کے حدیہ کے درمیان ایک موٹے بند کی شکل اختیار کرتا ہے جو کچ پائی (talipes) کی بعض قسموں میں استواری سے منقبض ہو جاتا ہے۔ مرکزی پھیلاؤ پاؤں کی غسیہ لمبی حالتوں سے مطابقت پیدا کرتا ہے۔ اگر پاؤں کی محراب گر جائے جیسا کہ چپے پاؤں (flat foot) میں ہوتا ہے تو یہ تنیدہ اور متطول ہو جاتا ہے۔ بخلاف اس کے اگر یہ محراب خمیدہ ہو جائے جیسا کہ قدم کھف (pes cavus) میں ہوتا ہے تو یہ منقبض ہو جاتی ہے اور کچ جاتی ہے۔

اس غشا کو کاٹنے کا بہترین مقام اس کی پسیدگی سے جو ایڑی کی ہڈی کیسا ہوتی ہے تقریباً آٹھ آگے کا ہے۔ یہ اس کا تنگ ترین حصہ ہے۔ اور چاقو (جسے

اندر کی طرف سے داخل کرنا چاہئے) خارجی انہری (external plantar artery) کے پیچھے رہیگا جو اس پھیلاؤ کے نیچے سے جاتی ہے۔

اس غشا کے نیچے جو پھوڑا ہوگا وہ اس سے ایک بہت بڑی حد تک مجبوس رہے گا، اور اس میں سے گزرنے کے علاوہ کسی ایک رخ میں بھی ترقی کرے گا۔ ایسے عمیق اجتماعات سے مواد نکلنے سے بیشتر شدید درد پیدا ہوتا ہے، اور یہ بہت تباہ کن ثابت ہوتے ہیں۔ یہ بعض اوقات پشت پر بھی کھلتے ہیں اور کٹنے کے خط کے وتروں کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف پھیل جاتے ہیں۔ اس کے جسم میں بعض سوراخ اور فضاں بھی موجود ہوتی ہیں جو عام طور پر چربی سے پُر ہوتی ہیں۔ استثنائی حالتوں میں خراج انہری سے ایک یا زائد میں سے گزر کر پوششوں کے نیچے پھیل جاتا ہے۔ لہذا ایسے خراج دو کہنوں پر مشتمل ہوتے ہیں جو ایک چھوٹے سے سوراخ سے متحد ہوتے ہیں۔ اور ان سے فرانسیسیوں کا خراج دو تاجی (abcès en bissue) یا قمیص کے ٹن کی طرح کا خراج (en bouton de chemise) نجاتا ہے۔

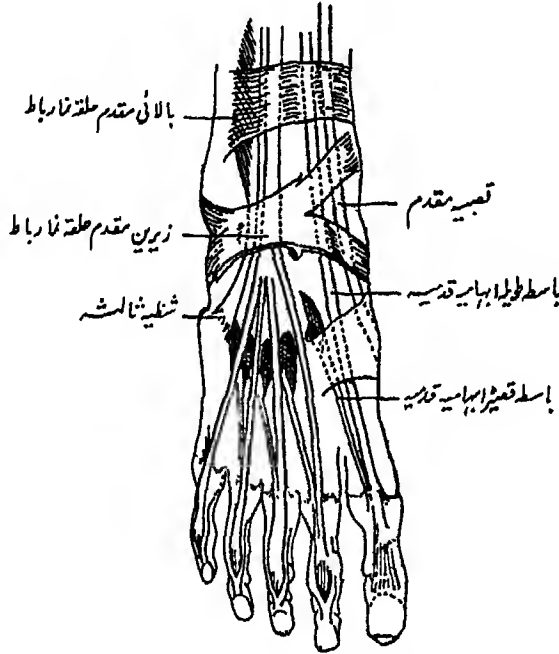
انہری راپاؤں کی انگلیوں کی جڑوں کے پاس دھبیوں میں تقسیم ہو جاتی ہے۔ اور محرابوں کا ایک سلسلہ طیار ہوتا ہے جن میں سے اصابع کو جانے والے اوتار اور عروقی اور اعصاب گزرتے ہیں۔ دوہین عضلی فوہل جو اس غشا سے تعلق رکھتے ہیں عضلہ قابضہ تصیریہ (flexor brevis digitorum) کو عضلہ مبعثہ ابہامیہ قدیمہ (abductor hallucis) سے (جو اسکی ایک طرف ہوتا ہے) اور مبعثہ خنصریہ (abductor minimi digiti) سے (جو اس کی دوسری طرف ہوتا ہے) علاحدہ کرتے ہیں۔ مگر یہ غشائیں اتنی کمزور ہوتی ہیں کہ عمیق انہری خراج کی ترقی پر اثر انداز نہیں ہو سکتیں۔

مقدم حلقہ نما رابطا (anterior annular ligament) دو حصوں پر منقسم ہوتا ہے۔ بالائی بند (مستعرض بند) جو قصبیہ (tibia) اور تنطیب (fibula) کے سامنے ہوتا ہے، اور زیرین بند (تصالبی بند) (cruciate ligament) جو حمارہ (tarsus) کے بالائی حدود کے سامنے ہوتا ہے (شکل ۱۴۹)۔ قبل الذکر کے نیچے



صرف ایک زلابی غلاف ہوتا ہے اور وہ عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کے لئے ہوتا ہے۔ موخر الذکر کے نیچے تین غلاف ہوتے ہیں ایک عضلہ شعلیہ ثالثہ (peroneus tertius) اور عضلہ باسط مشترکہ (extensor communis) کے لئے، ایک عضلہ

646



شکل ۱۴۹۔ پاؤں اور سٹخنے کی باسط سطح پر کے زلابی غلاف۔

(لوئل: Lovell اور ٹینر: Tanner)۔

باسط ابہامیہ قدیمہ حقیقی (extensor proprius hallucis) کے لئے، اور ایک عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anterior) کے لئے۔

عضلہ باسط اصبعیہ طویل (extensor longus digitorum) کے وتروں اور عرقوب (astragalus) کے ابھرے ہوئے سر کے درمیان اکثر ایک بڑی سی بقاعدہ جبکہ

ہوتی ہے۔ یہ درجہ بعض اوقات عرقوب (astragalus) کے سر پر کے جوڑ سے ربط و راہ رکھتی ہے۔

اندرونی حلقہ نما رباط (internal annular ligament) (رباط سجابی ligamentum laciniatum) کے نیچے عضلہ قصبیہ موصوفہ عضلہ قابضہ اعصابیہ طویلہ اور عضلہ قابضہ طویلہ باہمیتدیر کے اتار کے لئے تین زلابی غلاف ہوتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ موصوفہ کے غلاف کا الہتاب لٹخنے کے جوڑ تک پھیل سکتا ہے جس کے ساتھ یہ وتر قریبی تعلق رکھتا ہے۔

بیرونی حلقہ نما رباط (outer annular ligament) (شغلی بسند peroneal retinaculum) کے نیچے طویل اور قصیر شغلی اتار کے لئے صرف ایک ہی زلابی غلاف ہوتا ہے۔

لٹخنے کی شدید موجوں میں نہ صرف اس جوڑ کے ارد گرد کے رباطات ہی کم و بیش منقطع ہوتے ہیں بلکہ مذکورہ سابقہ مختلف زلابی غلافات کی دریدگی اور ان کے خون سے پر ہو جانے کا احتمال بھی ہوتا ہے۔ شدید موجوں کے بعد جو تکلیف مدت تک اکثر باقی رہتی ہے اس کا انحصار زیادہ تر ان غلافات کو ضرر پہنچنے اور خون کی وجہ سے اور بعد میں ان میں الہتابی مواد کے پیدا ہو جانے پر ہوتا ہے۔ انضامات کے بن جانے سے اتار اپنے اپنے غلافوں میں مثبت ہو جاتے ہیں اور اس طرح عضلات بستہ ہو جاتے ہیں اور جوڑ سخت ہو جاتا ہے۔ تاوقتیکہ ان انضامات میں فاعلی اور منفعلی حرکات سے تطویل پیدا نہیں ہو جاتا یا شکستہ یا منجذب نہیں ہو جاتے فعل از سر نو قائم نہیں ہو سکتا۔

وتروں کے غلافات کی وسعت کے متعلق جو کچھ خیال کیا گیا ہے یہ اس سے زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ لٹخنے کی اندرونی طرف کے غلاف کعبیہ سے آتما ۲ انچ اوپر سے شروع ہوتے ہیں۔ اور پاؤں کے تلوے میں سفینیہ (scaphoid) کے حدیبہ کے مقابل تک چلے جاتے ہیں۔ لٹخنے کی باہر کی جانب کے ان سے بھی زیادہ وسیع ہوتے ہیں۔ اور جو غلاف عضلہ شغلیہ طویلہ (peroneus longus) کے گرد ہوتا ہے وہ پہلی بعد حارقی ہڈی کے قاعدہ تک چلا جاتا ہے اگرچہ اس کے انحصار اور بعضی حصے گاہے گاہے

شروی (cuboid) ہڈی کے بیرونی کنارہ پر ایک دوسرے سے مکمل طور پر علیحدہ پائے جاتے ہیں۔ غلافات کے طول سے یہ بہ آسانی معلوم ہو سکتا ہے کہ جو انضمامات ٹخنے کی موجوں اور اس کے کسور کے بعد پیدا ہو جاتے ہیں وہ بہت وسیع ہوتے ہیں اور استقلال سے ان کا مسلسل علاج کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

پاؤں پر سوائے ان درجوں کے جن میں سے ایک ترخیلی (tendo Achillis) اور عظم العقب (os calcis) کے درمیان ہوتی ہے اور دوسری انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ کے اوپر ہوتی ہے معتدبہ جسامت کی دوسری درجیں نہیں ہوتیں۔ اول الذکر درجہ عظم العقب سے نصف انچ اوپر شروع ہوتی ہے اور ترکی ہر ایک جانب پر ابھری ہوتی ہے۔ مہذب ہونے کی حالت میں یہ ٹخنے کے جوڑ کے مرض کی طرح کے علامات پیدا کر سکتی ہے، اور تھج کی حالت میں یہ عظم العقب کی بوسیدگی پیدا کر سکتی ہے۔ انگوٹھے کے بعد حمارتی سلامی جوڑ پر اس درجہ کے کلانی یافتہ ہو جانے سے گٹا

(bunion) بن جاتا ہے۔ یہ اُس زیر جلدی بافت میں واقع ہوتا ہے جو اندرونی مسمانی ہڈی اور جلد کے درمیان ہوتی ہے۔ اور یہ اس حالت کے ساتھ معرض وجود میں آتا ہے جو فذع الالبام (hallux valgus) کے نام سے موسوم ہے۔ انگوٹھا پاؤں کے خط وسطی یعنی دوسری انگلی کے خط وسطی کی طرف مقرب ہو جاتا ہے۔ یہ حالت اُن عضلات کے ایک فتور یافتہ فعل کا نتیجہ ہوتی ہے جو انگوٹھے کے قریب سلامیہ کی وضع کو منظم رکھتے ہیں۔ جب قدم بھرنے کے بعد ایڑی اٹھائی جاتی ہے تو قریب سلامیہ اور اس کی مسمانی ہڈی دونوں ایک وقت بنا دیتے ہیں جس میں انگوٹھے کی بعد حمارتی ہڈی گردش کرتی ہے (شکل ۱۵ ص ۶۵۲)۔ اس فعل کے دوران میں قریب سلامیہ کا توازن دو عضلات سے قائم رہتا ہے۔ عضلہ مقربہ اس کو باہر کی طرف کو گردش کرنے سے روکتا ہے اور مبعده اندر کی طرف کو گھومنے سے۔ زیادہ بار مبعده پر پڑتا ہے جو ایسے جوتوں کے استعمال سے جو ٹیک نہ آتے ہوں یا حد سے زیادہ تنگ ہوں اکثر خسارہ میں رہتا ہے اور مقید ہو جاتا ہے۔ اس طرح عضلہ مقربہ (adductor) بلا توازن رہ جاتا ہے اور انگوٹھے کو بتدریج کھینچ کر قریب کی حالت میں لے آتا ہے۔ بعد حمارتی ہڈی کے سر کی اندر کی طرف

اور کی غضروف غائب ہو جاتی ہے۔ اور درجک اور جوڑکے درمیان بعض اوقات ربط پیدا ہو جاتا ہے۔ اس بدگلی کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انگوٹھا اور پاؤں کا ہم پہلو حصہ بہت کمزور ہو جاتا ہے۔ اس جوڑکے داخلی جانبی ربط زیادہ لمبا ہو جاتا ہے، اور عضلہ باسط ابہامیہ قدیمیہ (extensor proprius hallucis) کا وتر باہر کی طرف کوٹل جاتا ہے عظمی مفصلی التہابی تغیرات جو خاصکر بعد حماری ہڈی کے سر میں واقع ہوتے ہیں اکثر اس حالت کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔ اور فذعی بد شکل (valgus deformity) کے ساتھ عام طور پر انگوٹھے کی محوری گردش اور دوسری اصبع کی مطرئی انگشت پا (hammer toe) کی حالت پائی جاتی ہے۔

درزیوں میں کعبیوں پر اور خاصکر خارجی زائندہ پر درعکس پیدا ہو جاتی ہیں۔ اور یہ وہ حصہ ہے جس پر لقی پالنتی مار کر بیٹھنے میں سب سے زیادہ دباؤ پڑتا ہے۔ گڑ پا (club-foot) میں درعکس ہر اس مقام پر پائی جاتی ہیں جس پر غیر مناسب باؤ پڑتا ہے۔ ٹخنے کے ارد گرد کے اوتار اور خاصکر وتر آخیلی (tendo Achillis) اور قصبیہ موخر اور طویل اور قصبیہ عضلات کے اوتار چوٹ سے اکثر دریدہ ہو جاتے ہیں و تر آخیلی (tendo Achillis) عام طور پر منتہی سے تقریباً ۱۱ انچ اوپر ٹوٹتا ہے جہاں یہ پتلا ہو جاتا ہے اور اس کے ریشے ایک بہت معین بندل میں مجتمع ہو جاتے ہیں۔

643

چوٹ کی بعض قسموں میں وہ زلابی اور لیفی غلاف جو وتر کو بستہ رکھتے ہیں نشی ہو سکتے ہیں اور اس طرح اوتار مخلوع ہو سکتے ہیں۔ عضلہ قصبیہ مقدم اور شطی عضلات کو یہ واقعہ پیش آچکا ہے۔ مخلوع ساخت ہر ایک مثال میں آگے کی طرف کو کعبیہ کے اوپر یا اس کے سامنے آ جاتی ہے۔ جسم کا کوئی وتر اتنی کثرت سے اپنی جگہ سے نہیں ٹٹتا جتنی کثرت سے کہ عضلہ شطیہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر۔

ٹخنے کے ارد گرد کے عضلات اکثر عملیہ میں کاٹے جاتے ہیں۔ کھلے عملیہ کو تقریباً تمام حالتوں میں زیر جلدی و ترشگانی (tenotomy) پر ترجیح دی جاتی ہے۔ آخیلی وتر (tendo Achillis) بالعموم منتہی سے ۱۱ انچ اوپر کاٹا جاتا ہے۔ چاقو اندر کی طرف سے موخر قصبیہ عروق کو بچا کر داخل کیا جاتا ہے۔ عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus)

کا وتر قاعدۃ اندرونی کعبیہ کے قاعدہ کے عین اوپر سے کاٹا جاتا ہے۔ مگر حلقہ نما رباط اور سفینیہ (scaphoid) کے درمیان بھی اتنی گنجائش ہوتی ہے کہ اسے پاؤں کی جانب سے کاٹا جاسکتا ہے (شکل ۱۲ صفحہ 658)۔ مقدم قصبیتی وتر ٹخنے کی سامنے کی جانب پر سے یا اس کے انتہی پر سے (جو اندرونی فائبر نما ہڈی پر ہوتا ہے) باسانی کاٹا جاسکتا ہے۔ ایک یا دونوں شظی اوتار خارجی کعبیہ کے عین اوپر سے کاٹے جاسکتے ہیں۔ کسی وتر کو کاٹنے کے بعد عضلہ کی بازکشی کی وجہ سے ایک وقفہ محسوس کیا جاسکتا ہے۔ مگر ٹیوٹے سرے اس حالت میں بھی اُس لینی بافت سے ملے ہوتے ہیں جس میں یہ واقع ہوتے ہیں اور جس سے یہ اپنی خوبی رسد وصول کرتے ہیں۔ اگر وتر غلاف کے اندر کاٹ دیا جائے تو زلانی غشا کٹے ہوئے سروں کے درمیان ایک ڈھیلا ڈھالے اتحادی بند کا کام دیتی ہے۔ کٹے ہوئے سروں کے درمیان اُس انصباب سے جو وقفہ کو پُر کر دیتا ہے انجام کار ایک لینی بند بن جاتا ہے۔ نیا بند اپنے غلاف سے جس کے اندر یہ واقع ہوتا ہے محکم طور پر منضم ہو جاتا ہے۔ اور ابتداء میں یہ وتر کی حرکتوں کو محدود کر دیتا ہے۔

کسی صحیح و سالم عضلہ کے وتر کا کچھ حصہ ایسے عضلہ کے وتر سے پیوست کیا جاسکتا ہے جو مشلول ہو چکا ہے، اور اس طرح پاؤں کی بعض حرکتیں از سر نو قائم ہو جاتی ہیں۔

عروق خون - مختلف شریانوں کے خطوط پہلے ظاہر کئے جا چکے ہیں (صفحہ 636)۔ انجمی محراب (plantar arch) کے زخم خطرناک ہوتے ہیں۔ جس کی وجہ

یہ ہے کہ خارجی انجمی شریان گہری واقع ہوتی ہے اور تلوے میں بڑا سا زخم بنانے کے بغیر جو انصالی بافت کے اہم خطہ جات کو کھول دیگا اور اوتار اور اعصاب کو ضرر پہنچائے گا اس تک پہنچنا ناممکن ہوتا ہے۔

644

یہ محراب خارجی انجمی شریان اور ظہری شریان کے (جو مقدم قصبیتی عرق کا تسلسل ہی ہوتی ہے) متحد ہونے سے بنتی ہے۔ مگر اس محراب سے خون جاری ہونے کی حالت میں ٹخنے پر یا اس کے عین اوپر موخر اور مقدم شریانوں کے باندھنے سے زف لازمی طور پر بند نہیں ہوگا۔ ان عروق کی بندش کے بعد بھی خون شظی شریان کے ذریعہ سے محراب تک بالواسطہ پہنچتا رہے گا۔ یہ عرق اپنی مقدم شظی شاخ کے ذریعہ سے مقدم قصبیتی شریان کی

خارجی کعبیتی شاخ سے اور نہری قدمی (dorsalis pedis) کی حارقی شاخ سے ربط و راہ رکھتا ہے۔ اپنی انتہائی شاخ سے یہ دونوں موخوالذکر عروق سے اور خارجی انجمی شریان کی داخلی کعبیتی (internal calcaneal) شاخوں سے مربوط ہوتا ہے۔

بہر حال جہاں تک مزاولت فن کا تعلق ہے جارجہ کو اونچا کر دینا اور ساتھ ہی زخمی مقام پر دباؤ ڈالنا اور بڑی شریان کو مضبوط کر دینا انجمی محراب کے بہت سے نزفات کو بند کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔

نہری قدمی (dorsalis pedis) شریان اپنے محل کے سطحی ہونے اور ہڈیوں سے قریبی طور پر ملے ہونے کی وجہ سے اکثر زخموں میں کٹ جاتی ہے اور شدید کوٹیکوں میں زبردہ ہو جاتی ہے۔ موخر قصبیتی شریان ٹخنے پر ابھرے ہوئے کعبیہ اور کثیف حلقہ نما رباط اور ان اقبار سے جو اس کے ساتھ سے گذرتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتی ہے۔

پاؤں کی سطحی وریدیں ہاتھوں کی سطحی وریدوں کی طرح زیادہ تر اس عضو کی پشت پر ہی واقع ہوتی ہیں۔ چونکہ تلو ایسا حصہ ہے جس پر دباؤ پڑتا ہے اس لئے ان سے قطعاً مبرا ہوتا ہے۔ کعبیوں پر اور خاص کر اندرونی زائیدہ پر ان وریدوں سے معتد بہ جسامت کا ضغیرہ بنتا ہے۔ یہی وجہ ہے کہ ایسی چیزوں سے جو ٹخنے پر زور سے کسی ہوئی ہوں ٹخنے سے آگے کے حصوں میں تہیج اور درد پیدا ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔

645

عروق لطف سے تلوے کی پوششوں میں بہت باریک اور مکمل ضغیرہ بنتا ہے جس سے عروق پیدا ہو کر پاؤں کے کناروں اور اس کی پشت اور خاص کر اندر کے کنارہ تک جاتے ہیں۔ اس حصہ کے بڑے بڑے لطفی عروق پشت پا پر دونوں صافنی وریدوں کے اصول العروق (radicles) کے آس پاس پائے جاتے ہیں۔ پاؤں کی اندر کی جانب کے عروق لطف زیادہ کثیر المقداد ہوتے ہیں، اور یہ عام طور پر کم و بیش داخلی صافنی ورید کے ممر کی متابعت کرتے ہیں، اور اربی غدو میں جا کر ختم ہو جاتے ہیں۔ خارجی عروق باہر کے ٹخنے اور ٹانگ کی بیرونی جانب کے ساتھ ساتھ اوپر کی طرف کو چلے جاتے ہیں۔ ان میں سے اکثر ربلہ (ham) کو ترچھے رخ میں عبور کر کے اندرونی گروہ سے مل جاتے ہیں جو گھٹنے سے اوپر واقع ہوتا ہے دوسرے عروق قصبیہ (tibia)

کی۔ اسنے کی طرف کو عبور کر سہ اندرونی گردن تک پہنچتے ہیں، اور چند قصیر صافنی ورید کی متناہر بنت پڑتے ہیں اور باطنی غدیں جا کر ختم ہو جاتے ہیں (دیکھو صفحہ 606)۔  
ٹخنے کا جوڑ بہت مضبوط مفصل ہے اور اس کی قوت نہ صرف ترکیبی ہڈیوں کی شریک ہی سے حاصل ہوتی ہے بلکہ یہ ان مضبوط رباطات اور کئی ایک اوتار سے بھی حاصل ہوتی ہے جو اس کے ارد گرد بندوں کی طرح بندھے ہوتے ہیں۔ رباطات میں سے دونوں جانبی بہت مضبوط ہوتے ہیں اور پاؤں پر ان کی بہت فریج گرفت ہوتی ہے۔ مقدم اور موخر نہایت پتلے اور قلیل الالہیت ہوتے ہیں، مگر موخر الذکر کو عضلہ قابضہ طویل البامیہ قدیمیہ (flexor longus hallucis) کے وتر سے مہارا ملتا ہے جو اس کو عبور کرتا ہے۔

جب انصباب پیدا ہوتا ہے تو یہ پہلے پہل سامنے کی طرف پر باسط اوتار کے نیچے اور جانبی رباطات کے مین سامنے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کا انحصار مقدم رباط کی کموری اور زلابی تاجہ کی جو اس ساخت سے تعلق رکھتا ہے، وسعت اور اس کے ڈھیلے پن پر ہوتا ہے۔ زیادہ وسیع انصابات سے کیسہ کے باریک موخر حصہ کے ابھرنے کی وجہ سے، مار پیچ کی طرف پیدا ہوتا ہے۔ اس حالت میں توج وتر اخیلی (tendo Archillis) کی ہر ایک جانب پر حاصل کیا جاسکتا ہے۔ معمولی حالت میں سخت جانبی رباط کے نیچے توج واضح طور پر شناخت نہیں کیا جاسکتا۔ مز، برآں ٹخنے کے جوڑ کا ڈھیلا ڈھالا زلابی تاجہ کے درجہ کے رباط مفصل کے حدود سے آگے تک پھیلا ہوتا ہے اور جانبین پر یہ مضیک تثبیت مفصلی سطوح تک ہی محدود ہوتا ہے۔

ٹخنے کا جوڑ ایک مکمل قبضہ دار جوڑ (hinge-joint) ہے۔ اور اس میں صرف نم کردگی (نمی خم کردگی: plantar flexion) اور بسط کردگی (ظہری خم کردگی: dorsiflexion) ہی واقع ہو سکتی ہے۔ خفیف ترین جانبی حرکت انتہائی بسط کردگی میں واقع ہوتی ہے، جبکہ عرقوب (astragalus) کا زیادہ تنگ یا پچھلا حصہ قبضہ شیطانی محراب (tibio-fibular arch) کے عریض ترین یا مقدم حصہ سے مل جاتا ہے۔ جب ٹخنے میں کوئی واضح جانبی حرکت موجود ہو تو جوڑ میں ضروریات چوٹ پائی جاتی ہے

اور یا مرض موجود ہوتا ہے۔ یہ ایک اہم امر ہے کہ بعض حمارتی ہڈیوں کے درمیان جو جابجائی حرکتیں واقع ہوتی ہیں ان کو غلطی سے ٹخنے کے جوڑے کی حرکتیں تصور کر لیا جائے۔ جوڑے کی حرکتیں زیادہ تر ان عضلات سے محدود رہتی ہیں جو اس کو عبور کرتے ہیں۔ رباطات صرف انتہائی وضعوں ہی میں تنیدہ ہوتے ہیں جبکہ عضلات کی قدرتی مزاحمت مغلوب ہو جاتی ہے۔ عضلات مناصل کے پاسان ہیں (کولن میکنزی: Colin Mackenzie)۔

معامل کی وجہ سے اس جوڑے چوٹ یا دوسرے خارجی اسباب سے ملہب ہو جانے کا بہت احتمال ہوتا ہے۔ التهاب کی حالت میں قاعدۂ کوئی بد شکلی پیدا نہیں ہوتی۔ پاؤں ٹانگ سے زاویہ قائمہ پر رہتا ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ وضع اس لئے قائم رہتی ہے کہ قابض اور بامط عضلات تقریباً ایک دوسرے کا موازنہ کر دیتے ہیں۔ اور یہ بھی ظاہر نہیں ہوتا کہ اس جوڑے کی گنجائش پاؤں کی وضع سے متاثر ہوتی ہے۔ ٹخنے کا زلابی کہفہ تحتانی قصبیتی شیطوی (inferior tibio-fibular) مفصل سے ربط رکھتا ہے۔

در دبعید (referred pains) کے موضوع کے سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ جو اعصاب ٹخنے کے جوڑے کو رسد پہنچاتے ہیں وہ اس جوڑے کا تعلق داخلی صافنی عصب کے ذریعہ سے جل شو کی کے قطنی قطعات سے اور مقدم قصبیتی (عمیق شیطی) عصب کے ذریعہ سے عجری قطعات سے پیدا کر دیتے ہیں۔

ٹخنے کے جوڑے خلوع۔ پاؤں ٹخنے پر پانچ سمتوں میں مخلوع ہو سکتا ہے اور یہ کثرت وقوع کی ترتیب کے لحاظ سے مندرجہ ذیل ہیں: باہر کی طرف، اندر کی طرف، پیچھے کی طرف، آگے کی طرف، اور اوپر کی طرف قصبیہ اور شیطیہ کے درمیان ان خلوع کے ساتھ جو خالصتہً کبھی ایک رخ میں واقع نہیں ہوتے قصبیہ کا یا شیطیہ کا یا دونوں کا کسر تقریباً ہمیشہ پایا جاتا ہے۔

جابجائی خلوع۔ باہر کی طرف اور اندر کی طرف: یہ خلوع ان خلوع سے کسی قدر مختلف ہوتے ہیں جو دوسرے جوڑوں میں دیکھنے میں آتے ہیں۔ واقعات کی ایک بڑی اکثریت میں یہ پاؤں کے اس طرح موڑے جانے پر مشتمل ہوتے ہیں کہ

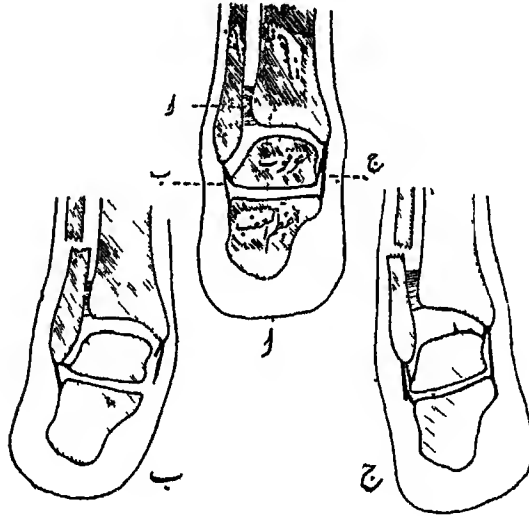


عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے گھوم جاتی ہے۔ عقوب کی بالائی سطح قصبہ کی سطح سے زیادہ علحدہ نہیں ہوتی۔ قبل الذکر ہڈی کی کوئی ایک کور موخر الذکر کی افقی تقصیلی سطح سے مل جاتی ہے۔ اگرچہ بہت سی بدشکلی پیدا ہو جاتی ہے لیکن ٹانگ سے پاؤں کی حقیقی علحدگی معتدبہ نہیں ہوتی۔ بعض نادار وقوع حالات میں افقی رخ میں صادق جانبی خلع بھی پایا گیا ہے۔

یہ ضرات پاؤں کے دفعۃً اور زور سے مروڑے جانے سے پیدا ہوتے ہیں۔ باہر کی طرف کا خلع پاؤں کی جبری بروں گردانی سے پیدا ہوتا ہے اور اندر کی طرف کا شدید دروں گردانی سے۔

شظیہ (fibula) کا جو تعلق ٹخنے کی چوٹوں سے ہوتا ہے پہلے اس کا معلوم کر لینا دلچسپ ثابت ہوگا جس کی خاص وجہ یہ ہے کہ اس ہڈی کی پوری کے نیچے کے سرے کا کسر دروں گردانی اور بروں گردانی دونوں میں یکساں طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ شظیہ (fibula) کے زیرین ۳ یا ۴ انچ پہلی قسم کا بیرم تصور کئے جاسکتے ہیں (شکل ۱۵۰-ا)۔ اس کا نصاب (fulcrum) تختائی قصبیتی شظوی مفصل پر ہوتا ہے، اور اس کا ایک بازو کعبیہ ہوتا ہے جو اس جوڑے کے نیچے ہوتا ہے، اور دوسرا بازو اس ہڈی کی پوری کا ۲ یا ۳ انچ زیرین حصہ۔ اب یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قصبیہ اور شظیہ کے نیچے کے سرے بہت مضبوط رابطات یعنی مقدم اور موخر قصبیتی شظوی، اور مستعرض، اور تحتانی بین العظامی سے بستہ ہوتے ہیں۔ ٹخنے کے کسی معمولی ضرر میں خواہ وہ کسر ہو یا خلع یہ رابطات نہیں ٹوٹتے۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسریا خلع کی ایک خلاف قاعدہ قسم پیدا ہو جائے گی۔ پاؤں کی جبری بروں گردانی میں اندرونی جانبی رابطہ کچھ کرچھٹ جاتا ہے۔ عقوب (astragalus) قصبیتی شظوی محراب کے نیچے باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے اور بیرونی کعبیہ کے سرے سے زور سے جالتی ہے۔ اور یہ زائدہ باہر کی طرف کو دھکیلا جاتا ہے اور بیرم کے ایک سرے کی طرح کام کرتا ہے نصاب (fulcrum) مضبوط قصبیتی شظوی رابطات سے محفوظ رہتا ہے، اور شظیہ (fibula) بیرم کے بیرونی سرے پر اپنے سرے سے ۲ یا ۳ انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰-ب)۔ پاؤں کی

جبری دروں گردانی میں عرقوب (astragalus) میں تھوڑی سی جانبی گردش مذکورہ سمت سے مخالف سمت میں واقع ہو جاتی ہے۔ خارجی جانبی رباط بہت تنیدہ ہو جاتا ہے۔



شکل ۱۵۰۔ شکل شیطیہ کے زیرین سرے کے کسور کے میکانیہ کوٹا ہر کرتی ہے۔

۱۔ حصے طبعی وضع میں۔ (د) قصبیہ شیطیہ رباطات۔ (ب)۔ خارجی جانبی رباطات۔ (ج)۔ داخلی جانبی رباط۔ ب۔ پاؤں کی بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔ ج۔ پاؤں کی دروں گردانی سے پیدا شدہ کسر شیطیہ۔

۶۴۹ اور اس کا رجحان بیرونی کعبیہ کو اندر کی جانب کو کھینچنے کی طرف ہوتا ہے۔ اگر رباط ٹوٹ جائے تو اس حالت کا خاتمہ غالباً سننے کی موج پر ہو جائے گا یا پاؤں کا خلع

اندر کی طرف پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اگر محکم رہے تو ششوی بیرم کا سرا یعنی کعبیہ کی نوک خطوط کی طرف کوچ آتی ہے۔ قصبہ ششوی رباطات نصاب کا کام دیتے ہیں، اور پوری بیرم کے دوسرے سرے پر ہڈی کے سرے سے چند انچ اوپر ٹوٹ جاتی ہے (شکل ۱۵۰-ج ۱)۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ بروں گردانی سے پیدا شدہ کسر میں زیرین قطعہ کا بالائی سرا قصبہ کی طرف کوئل جاتا ہے۔ گردوں گردانی سے پیدا شدہ ضرر میں یہ اس ہڈی سے دور ہٹ جاتا ہے۔ شظیہ کے زیرین حصہ کے سور کے ان تمام واقعات کا احتیاط سے امتحان کرنے سے جو اس زمانہ میں لندن ہسپتال (London Hospital) میں داخل ہوئے جب کہ میں (ایف۔ ٹی۔ F.T.) وہاں مسجل جراحی (surgical registrar) کے عہدہ پر متعین تھا مجھے اس امر کا یقین آگیا کہ یہ ضرر پاؤں کی دروں گردانی کی نسبت بروں گردانی سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتا ہے۔ پاؤں کی سادہ دروں گردانی سے شظیہ (fibula) کے نیچے کے سرے کا کسر ممکن نہیں ہوتا جب تک کہ خارجی جانی رباط سالم رہے۔

باہر کی طرف کے خلع (outward luxation) میں جسے پاسٹ کے کسر (Pott's fracture) کے نام سے موسوم کرنا بہتر ہے یہی صورت حالات پائی جاتی ہے جو پاؤں کی شظیہ پر بروں گردانی واقع ہونے کے اثرات کے سلسلہ میں ابھی بیان کیا جا چکی ہے اس کسر میں یہ ہڈی ہمیشہ کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹی ہے۔ رباط دالبہ (deltoid ligament) پھٹ جاتا ہے یا اندرونی کعبیہ کی نوک علیحدہ ہو جاتی ہے۔ سب سے پہلے وتروں کے غلافات کو ضرر پہنچتا ہے اور وہ دریدہ ہو جاتے ہیں۔ عرقوب (astragalus) باہر کی طرف کو اس طرح گھوم جاتی ہے کہ پاؤں بہت بروں گردانیدہ ہو جاتا ہے، اور اس کا بیرونی کنارہ مرتفع ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ زمین سے چھونے لگتا ہے۔ تحتانی قصبہ ششوی رباطات (inferior tibio-fibular ligaments) علیٰ حال رہتے ہیں۔ اگر یہ ٹوٹ جائیں تو کسر یا خلع کی ایک غیر معمولی قسم پیدا ہو جاتی ہے جیسا کہ پہلے بیان کیا جا چکا ہے۔ بائیر (Boyer) ایک واقعہ بیان کرتا ہے جو عیدم النظر تصور کیا جاتا ہے۔ اس میں پاؤں باہر کی طرف کو مخلوع ہو گیا تھا لیکن شظیہ میں کوئی کسر واقع نہیں ہوا تھا۔ مگر یہ ہڈی تمام کی تمام اوپر کی طرف کو اٹھ گئی تھی اور اس کا سر قصبہ کے مفصلی رنچ سے

مخلوع ہو گیا تھا۔ اگر تحتانی قصبیتی شظوی رباطات بالکل پھٹ جائیں تو پاؤں کی گردش اور شظیہ (fibula) کے کسر کے بغیر ایک افقی خلع ممکن ہوتا ہے۔

ڈوپٹرن کے کسر (Dupuytren's fracture) میں (جو ایک نادر الوقوع ضرر ہے) شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۳ تا ۴ انچ اوپر کسور ہوتی ہے۔ مقدم قصبیتی شظوی رباطات تمامہ دریدہ ہو جاتے ہیں، یا قصبہ کا وہ حصہ جس سے یہ جیسیدہ ہوتے ہیں علحدہ ہو جاتا ہے اور شظیہ کے نیچے کے ٹکڑوں سے ملا رہتا ہے۔ پاؤں افقی رخ میں باہر کی طرف کو مخلوع ہو جاتا ہے، اور اوپر کی طرف کو کھینچ جاتا ہے۔ اوپر کی طرف کو جو غیر وضعیت واقع ہوتی ہے اس کی مقدار کا انحصار اس بلندی پر ہوتا ہے جس پر شظیہ (fibula) ٹوٹتی ہے۔

اندر کی طرف کے خلع (inward luxation) میں خارجی جانبی رباط دریدہ ہو جاتا ہے، یا بیرونی کعبیہ کی نوک کھینچ کر علحدہ ہو جاتی ہے۔ رباط دالسیہ (deltoid ligament) علیٰ حالہ رہتا ہے، لیکن اندرونی کعبیہ بالعموم اس چوڑے سے شکستہ ہو جاتا ہے جس سے عروقب (astragalus) اس سے مل جاتی ہے۔ یہ ہڈی بعض اوقات خود بھی ٹوٹ جاتی ہے اور ہر حالت میں باہر کی طرف کو گھوم جاتی ہے، جس سے پاؤں دروں گردہ ہو جاتا ہے، اور اس کا اندرونی کنارہ بہت مرتفع ہو جاتا ہے۔ اس خلع کے تمام اقسام میں خواہ وہ سادہ ہوں یا پیچیدہ قصبیتی شظوی رباط علیٰ حالہ رہتا ہے۔

مقدم موخر خلوع۔ پیچھے کی طرف اور آگے کی طرف۔ یہ چوئیں ٹانگ کے مثبت ہونے کی حالت میں پاؤں پر بہت سی قوت کے عمل کرنے سے یا زیادہ تر پاؤں کے دفعہ ساکن ہوجانے سے جبکہ جسم کو بہت تیزی سے حرکت دی جائے جیسا کہ چلتی گاڑی سے پھلانگ مارنے کی حالت میں ہوتا ہے پیدا ہوتی ہیں پچھلی طرف کے خلع میں عروقب (astragalus) قصبیہ کے پیچھے چلی جاتی ہے اور موخر الذکر ہڈی کی مفصلی سطح سفینیہ (scaphoid) اور فانی شکل (cuneiform) ہڈیوں پر ٹکرن ہو جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل پھٹ جاتے ہیں اور دونوں جانبی بندوں کا زیادہ تر حصہ بھی دریدہ ہو جاتا ہے۔ شظیہ (fibula) کعبیہ سے ۲ یا ۳ انچ اوپر سے ٹوٹ جاتی ہے

اور اندرونی کعبیہ میں بھی عام طور پر کس واقع ہو جاتا ہے۔  
 اوپر کی طرف کا خلع۔ اس نادر الوقوع حادثہ میں تحتانی قصبیتی شظوی رباطات  
 شقیق ہو جاتے ہیں، اور دونوں ہڈیوں کے زیرین سرے دور تک علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور  
 عرقوب ان کے درمیان گھس جاتی ہے۔ مقدم اور موخر رباطات بالکل بھٹ جاتے ہیں  
 اور جانبی رباطات عام طور پر بچ جاتے ہیں مگر ان میں کس قدر خفیف سی دریدگی واقع ہو جاتی  
 ہے۔ ایسا معلوم ہوتا ہے کہ یہ حادثہ عام طور پر گرنے سے وقوع میں آتا ہے جبکہ مریض عین  
 تلووں کے بل گرے۔

651

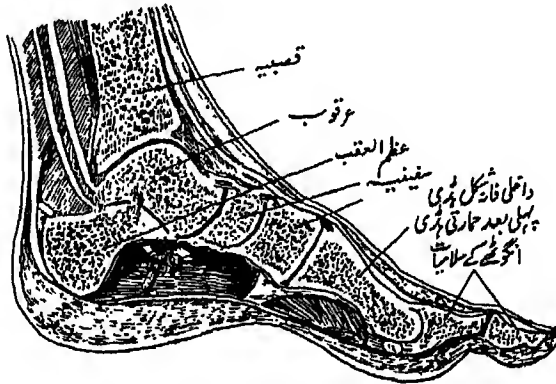
عرقوب (astragalus) (تالوس: talus) کا خلع۔ یہ ہڈی بعض اوقات  
 اکیلی مخلوع ہو جاتی ہے۔ اور عظم العقب، قصبیہ، شظیہ، اور سفینیہ سے اس کے  
 تعلقات منقطع ہو جاتے ہیں۔ غیر واضعیت مقدم موخر یا جانبی ہو سکتی ہے۔ مقدم خلع  
 نہایت ہی کثیر الوقوع ہے۔ اور کثرت وقوع کے لحاظ سے بیرونی اور آگے کا خلع اس کے بعد  
 آتا ہے۔ ان چوٹوں میں عظم العقب (os calcis) اور عرقوب (astragalus) کے  
 درمیان کا بین العظامی رباط بالکل دریدہ ہو جاتا ہے۔ نیز کچھ کے جانبی رباطات کا  
 بہت سا حصہ اور وہ مختلف بند بھی جو عرقوب (astragalus) کو عظم العقب  
 (os calcis) اور سفینیہ (scaphoid) سے ملاتے ہیں ٹوٹ جاتے ہیں۔ تمام مثانوں  
 میں کعبیہ تلوے کے زیادہ نزدیک آ جاتے ہیں۔ شعاع نگاری سے یہ ظاہر ہو چکا ہے کہ  
 عرقوب (astragalus) کے خلع کے ساتھ کسر اکثر موجود ہوتا ہے۔ اگر یہ امر ذہن نشین رکھا  
 جائے کہ عرقوب انحصاری محراب کی چابی ہے، اور ان تمام حوادث میں جو پاؤں پر بہت سا  
 دباؤ پڑنے کا باعث ہوتے ہیں زیادہ تر صدمہ اسی کو پہنچنا ضروری ہے تو اس کی گردن یا  
 اس کے جسم کے کسر کی وجہ سمجھ میں آ جائیگی۔ ایسی حالتوں میں عرقوب کا استیصال کیا جا چکا  
 ہے۔ اور کچھ کے جدید جوڑ میں بہت سی حرکت از سر نو قائم کی جا چکی ہے۔

پاؤں کے زیر عرقوبی خلع (subastragaloid dislocations of the foot) - ان ضرات میں جو بہت قلیل الوقوع نہیں ہیں عرقوب قصبیہ اور شظیہ کے  
 درمیان اپنی وضع پر قائم رہتی ہے، اور باقی پاؤں اس ہڈی کے نیچے سے مخلوع ہو جاتا ہے۔

لہذا یہ خلع مقدم اور موخر زیر عروقی جوڑوں سے تعلق رکھتا ہے۔ پاؤں یا تو آگے کی طرف یا پیچھے کی طرف کو یا ایک جانب کو سرک جاتا ہے۔ مقدم غیر وضعیت نہایت ہی نادر وقوع ہے۔ اور جانبی خلوع تقریباً ہمیشہ ترچھے ہوتے ہیں۔ عام ترین غیر وضعیتوں میں پاؤں یا تو باہر کی طرف کو مغزوع ہو جاتا ہے یا اندر کی طرف کو، اور ساتھ ہی پیچھے کی طرف کو بھی ہٹ جاتا ہے۔

وسطانی حمارتی جوڑ (mediotarsal joint) پاؤں کی اندرونی جانب

652



شکل ۱۵۱۔ پاؤں کی مقدم موخر تراش۔

(رڈنجر: Rüdingers کے مطابق)۔

عقوب کے سر اور سفینوئید کے درمیان اور بیرونی جانب پر عظم العقب اور زردی ہڈی کے درمیان واقع ہوتا ہے۔ اندرونی جوڑ مقدم زیر عروقی جوڑ (anterior subastragaloid joint) کا ایک حصہ ہوتا ہے (دیکھو صفحہ ۵۵۴) اور بیرونی کا زلابی کہفہ الگ ہوتا ہے۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ انگلیوں کو باہر کی یا اندر کی طرف پھیرنے کی حرکتیں زیادہ تر کوئے کے جوڑ پر واقع ہوتی ہیں اور پاؤں کے کنارہ کو اوپر یا نیچے کرنے کی حرکتیں زیادہ تر

زیر عروقی جوڑوں سے تعلق رکھتی ہیں۔

پاؤں۔ پاؤں میں دو محرابیں ہیں ایک مقدم موخر اور ایک مستعرض۔

۱۔ مقدم موخر محراب (antero-posterior arch) کی چوٹی عروقب

(astragalus) پر ہوتی ہے۔ اسے دو پاؤں سے مرکب تصور کیا جاسکتا ہے۔ پچھلا پایہ

عظیم العروقب پر شکل ہوتا ہے اور اگلا پایہ سفینہ (scaphoid)، فائیکل (cuneiform)

اور بعد حمارتی ہڈیوں پر۔ عروقب سے محراب کی چابی بنتی ہے۔ اور اس کا سریہ فعل

خاص طور پر سرانجام دیتا ہے (شکل ۱۵۱)۔

پاؤں ایڑی اور بعد حمارتی ہڈیوں کے سروں اور بیرونی حاشیہ کے بل زمین پر

رکھا جاتا ہے (شکل ۱۵۳)۔ پچھلا پایہ ٹھوس ہوتا ہے اور ایک مضبوط ہڈی سے بنا ہوتا ہے

اور اس میں صرف ایک ہی جوڑ ہوتا ہے۔ یہ جسم کے وزن کا زیادہ تر حصہ برداشت

کرتا ہے اور پنڈلی کے عضلات کی چسپیدگی کے لئے ایک محکمہ اساس کا کام دیتا ہے۔

غلاف اس کے محراب کا مقدم حصہ بہت سی چھوٹی چھوٹی ہڈیوں اور متعدد پیچیدہ جوڑوں

سے بنا ہوتا ہے۔ یہ حصہ پاؤں کو لچک دیتا ہے۔ اور جو صدمے تلوسے کو پہنچتے ہیں ان کے

اثر میں تخفیف کرتا ہے۔ جہاں تک موخر الذکر امر کا تعلق ہے محراب کے دونوں تنوں کی

اضافی وقعت کا اندازہ بلندی پر سے پہلے ایڑی کے بل اور پھر انگلیوں کی گدیوں کے

بل پھیلاؤ سے کیا جاسکتا ہے۔ محراب کا اندرونی حصہ بیرونی کی نسبت

بہت زیادہ خمیدہ ہوتا ہے اور محراب قدم کی پشت اسی سے بنتی ہے۔

۲۔ مستعرض محراب (transverse arch) فائیکل ہڈیوں پر نمایاں ترین

ہوتی ہے۔ یہ پاؤں کو بہت سی لچک دیتی ہے اور تلوسے کے عروق کی محافظت کرتی ہے۔

سر روبرٹ جونز (Sir Robert Jones) کے مطابق مستعرض محراب پر بعض اوقات

بار پڑ جاتا ہے یا یہ جٹی ہو جاتی ہے۔ اس حالت میں جب مریض تلوسے کی پس صبی گدی

بوجھ ڈالتا ہے تو بعد حمارتی سلامیاتی مفال (metatarso-phalangeal joints)

میں درد ہونے لگتا ہے (وجع الحمارہ : metatarsalgia) جب مریض بعد حمارتی

ہڈیوں کو اکٹھا کر کے مضبوط کرتا ہے تو درد رفع ہو جاتا ہے۔ اسی لئے یہ خیال کیا جاتا ہے کہ

یہ نقص مستعرض محراب کے بیٹھ جانے ہی سے پیدا ہوتا ہے۔ اگر جوتے کے تلوے پر ایک بند مستعرض لگا دیا جائے تو جسم کا بوجھ زیادہ تر ایڑی پر پڑتا ہے اور مستعرض محراب پر جو بار پڑتا ہے وہ اس طرح رفع ہو جاتا ہے۔

انحصی محراب کا قیام۔ اگرچہ مختلف ہڈیوں کی شکل اس طرح کی ہوتی ہے کہ وہ اپنی اپنی جگہ پر محراب میں ٹھیک طرح سے بیٹھی ہوتی ہیں، اور رباطات سے بستہ ہوتی ہیں مگر اس کے قیام کا انحصار نہ تو ہڈیوں کی شکل پر ہوتا ہے اور نہ رباطاتی چسپیدگی پر، بلکہ زندہ عضلات پر ہوتا ہے جو پاؤں پر جسم کا وزن پڑتے ہی اپنا فعل شروع کر دیتے ہیں۔ اس سے تعلق رکھنے والے عضلات کئے میں گروہ ہیں۔ (۱) قابض گروہ جو قصبیہ اور شظیہ اور بین العظامی غشا کی موخر جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۲) باسط گروہ جو ان ساختوں کی مقدم جانب سے پیدا ہوتا ہے۔ (۳) انحصی گروہ جو تلوے میں واقع ہوتا ہے۔ رباطات پر بار صرف اس حالت میں ہی پڑتا ہے جبکہ ان عضلات کو ضرر پہنچ چکا ہو یا ان کی قوت تحلیل ہوگئی ہو۔ رباطات مسلسل بار پڑنے کا لازمی نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان میں تطول نمودار ہو جاتا ہے اور جب یہ طویل ہوتے جاتے ہیں تو ہڈیاں جدید محراب کی شکل سے مطابقت پیدا کر لیتی ہیں جو اس طرح ایک مستقل شکل اختیار کر لیتی ہے۔

654

دروں گردانی (inversion) اور بروں گردانی (eversion) کی حرکتیں جن کی وجہ سے پاؤں اپنے نیچے کی زمین سے موافقت پیدا کر لیتا ہے زیر عرقوبی جوڑوں کے واقع ہوتی ہیں جو تعداد میں دو ہوتے ہیں۔ (۱) مقدم زیر عرقوبی جوڑ جو عرقوب کے سر اور تین اور حصوں یعنی (۱) دعام العرقوب (sustentaculum tali)، (ب) تحتانی عقبیتی سفینیٹی رباط (inferior calcaneo-scaphoid ligament) اور (ج) سفینیہ (scaphoid) کے درمیان ہوتا ہے (شکل ۱۵۱)۔ (۲) موخر زیر عرقوبی (posterior subastragaloid) جوڑ جو عرقوب کے جسم اور عظم العقب کے درمیان ہوتا ہے۔ موخر جوڑ مقدم سے بین العظامی رباط کے ذریعہ سے علیحدہ ہوتا ہے۔ ایک تیسرا جوڑ بھی ان اہم حرکتوں سے تعلق رکھتا ہے۔ اور یہ عظم العقب اور زردی ہڈی کے درمیان کا ہے۔ جو عضلات دروں گردانی پیدا کرتے ہیں وہ یہ ہیں۔ (۱) عضلہ قصبیہ



مؤخر (tibialis posticus) - (۲) عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) - پہلا عضلہ دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے اور دوسرا دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتا ہے۔ انھیلیوں کے قابض عضلات پہلے عضلہ کی مدد کرتے ہیں، اور انگوٹھے کا باسط عضلہ دوسرے کی مدد کرتا ہے۔ بروں گردانی (۱) شطیبہ طویلہ (peroneus longus) (۲) شطیبہ قصیرہ (peroneus brevis) (۳) شطیبہ ثالثہ (peroneus tertius) اور (۴) باسط طویلہ اصبعیہ (extensor longus digitorum) سے پیدا ہوتی ہے۔ پہلا بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے پیدا کرتا ہے (اور دوسرے معہ ٹھہری خم کردگی کے پیدا کرتے ہیں۔

مذکورہ بالا امور سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ زیر عرقوبی جوڑوں پر عضلات کے چار گروہ فعل کرتے ہیں جو پاؤں کی حرکتوں کا توازن قائم رکھتے ہیں، اور ان کی تعین بھی کرتے ہیں۔ اور ایسی چار وضعیں ہیں جن میں یہ پاؤں کو مثبت رکھ سکتے ہیں:۔ (۱) دروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی قدح القدم : talipes equino-varus) (۲) بروں گردانی معہ انحصی خم کردگی کے (فرسی روج القدم : talipes equino-valgus)۔ (۳) دروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی قدح القدم talipes calcaneo varus: (۴) بروں گردانی معہ ٹھہری خم کردگی کے (عقبی روج القدم : talipes calcaneo valgus: پاؤں کی اختیار کردہ وضع کا انحصار عضلات کے مشلول یا کمزور گروہ یا گروہوں پر ہوگا۔

655

بروں گردانی ان ساختوں سے محدود رہتی ہے جو تلوے کی اندرونی جانب پر ہوتی ہیں۔ مبعده ابهامیہ قدیمیہ (abductor hallucis) انحصی رواج قصبیتی عضلات اور تحتانی حقیقتی رباط۔ دروں گردانی کی تحدید شطیبی (peroneal) عضلات اور پاؤں کے بیرونی کنارہ پر کے رباطات سے، اور انجام کار سفینیہ کے حدیبہ کے دعام العرقوب (sustentaculum tali) سے مل جانے سے ہوتی ہے۔

دروں گردانی اور بروں گردانی کی حرکتیں بطح (supination) اور اکباب (pronation) کی تناظر ہوتی ہیں۔ لیکن جارحہ اعلیٰ میں یہ کعبہ (radius) اور نذہ (ulna)

کے درمیان واقع ہوتی ہیں۔ اور جارحہ سفلی میں عوقوب (astragalus) اور پاؤں کے باقی حصہ کے درمیان ہوتی ہیں۔

گرزپا (club-foot) - کج پائی (talipes) یا گرزپا (club-foot) کو چار بڑے بڑے گروہوں میں تقسیم کیا جاسکتا ہے۔ یعنی (۱) فرسی کج پائی (T. equinus) (۲) عقیقی کج پائی (T. calcaneus) (۳) فذخ القدم (T. varus) اور (۴) روج القدم (T. valgus)۔ ان بڑی بڑی قسموں کے ملنے سے چار ثانوی قسمیں پیدا ہوتی ہیں یعنی فرسی فذخ القدم (T. equino-varus) فرسی روج القدم (T. equino-valgus) عقیقی فذخ القدم (T. calcaneo-varus) اور عقیقی روج القدم (T. calcaneo-valgus)۔

۱۔ فرسی کج پائی (talipes equinus) - اس بدشکلی میں ایڑی اوپر کی طرف کھینچی ہوتی ہے اور مریض انگلیوں کی گدیوں پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ ساق کے وہ عضلات ہیں جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے پسیدہ ہوتے ہیں۔ اور جن عضلات میں شلل پایا جاتا ہے وہ باسطات قدم ہیں۔ پاؤں میں انقباض کم کر دیا اور نمایاں دروں گردانی پائی جاتی ہے۔ بخوبی واضح حالت میں ایڑی کی ہڈی بہت اونچی اٹھی ہوتی ہے حتیٰ کہ بعض اوقات قصبیہ (tibia) سے بھی مل جاتی ہے۔ عوقوب (astragalus) نیچے کی طرف کو سرک جاتی ہے اور پشت پا پر ابھرتی ہے۔ پاؤں کا رجحان بتدریج زیادہ دروں گردانیدہ ہو جانے کی طرف ہوتا ہے حتیٰ کہ انجام کار سفینیہ (scaphoid) دعام (sustentaculum) کو چھونے لگتی ہے۔ تلوے کے رابطات بہت منقبض ہو جاتے ہیں۔

۲۔ عقیقی کج پائی (talipes calcaneus) - گرزپا کی اس قسم میں انگلیاں اوپر کی طرف کھینچی ہوتی ہیں، اور مریض ایڑی پر چلتا ہے۔ جن عضلات میں انقباض پایا جاتا ہے وہ جارحہ کی مقدم جانب پر کے باسط عضلات ہیں۔ ایڑی کی ہڈی زیادہ ذہناتی ہو جاتی ہے۔ اور عوقوب اتنی ترچھی ہو جاتی ہے کہ اس کی بالائی مفصلی سطح کا کچھ حصہ بعض اوقات خلفی رخ میں قصبیہ (tibia) سے پیچھے نکل جاتا ہے۔

۳۔ فدع القدم (talipes varus) - یہ ایک عام ترین قسم ہے، لیکن خالص شکل میں یہ بھی نہیں پائی جاتی۔ بلکہ اس کے ساتھ پاؤں کی دروں گردانی پائی جاتی ہو۔ جنینی پاؤں کے بعض خواص حد مبالغہ تک برقرار رہتے ہیں۔ بہت نمایاں خلقی واقعہ میں بدشکلی تہری ہوتی ہے۔ (۱) ایڑی ان عضلات کے ذریعہ سے جو اخیلی وتر (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں اوپر کی طرف کو کھچی ہوتی ہے۔ (۲) پاؤں عضلات قصبیہ مقدم (tibialis anticus) اور موخر (posticus) کے انقباض سے دروں گردانیدہ ہوتا ہو۔ (۳) تلوامضلاقا بفسطیلہ صغیرہ (flexor longus digitorum) کے ذریعہ سے اور انھیں ردا اور رباطات کے سکڑ جانے سے منقبض ہو جاتا ہے۔ عوقب کی گردن زیادہ لمبی ہوتی ہے اور طبعی پاؤں کی ہڈی کی گردن کی نسبت نیچے کی اور اندر کی طرف کو زیادہ منصرف ہوتی ہے۔ بالغ میں عوقب کی گردن اس کے جسم کے محور سے ۱۰ درجہ کے زاویہ پر اندر کی طرف کو منصرف ہوتی ہے۔ نوزائیدہ میں ۲۵ درجہ کے زاویہ پر اور فدع القدم (talipes varus) میں ۵۰ درجہ کے زاویہ پر ہوتی ہے۔ سفینیہ (scaphoid) اوپر کی اور اندر کی طرف کو مرکب جاتی ہے حتیٰ کہ اسکا اندرونی کنارہ بعض اوقات اندرونی کعبیہ سے چھو نہ لگتا ہے۔ تینوں فاضل ہڈیاں بھی سفینیہ کی متابعت کرتی ہیں اور نزدیکی ہڈی حمارہ میں سب سے نیچے کا محل اختیار کر لیتی ہے۔ نزدیکی ہڈی کا بیرونی کنارہ عظم العقب کے ساتھ ایک زاویہ بناتا ہے، اور عضل شظیبہ طویلہ (peroneus longus) کا وتر نزدیکی ہڈی کے میزاب میں سے نیچے پھسل کر عظم العقب سے آجاتا ہے۔ داخلی جانبی رباط کا مقدم کنارہ منقبض اور غیر مناسب طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ اور اس طرح دروں گردانی ایک نمایاں درجہ تک پائی جاتی ہے۔

۴۔ روج القدم (talipes valgus) میں پاؤں بروں گردانی کی مستقل وضع اختیار کر لیتا ہے۔ جو عضلات منقبض ہوتے ہیں وہ دونوں عضلات ہیں۔ بخوبی نمایاں خلقی واقعہ میں عظم العقب ذرا اوپر کی طرف کو اٹھی ہوتی ہے اور عوقب آگے کی اور نیچے کی طرف کو نہر کی ہوتی ہے۔ سفینیہ میں گردش پائی جاتی ہے جس سے اس کا اندرونی حصہ منخفض اور بیرونی مرتفع ہوتا ہے۔ اس ہڈی کے اندرونی حصہ سے

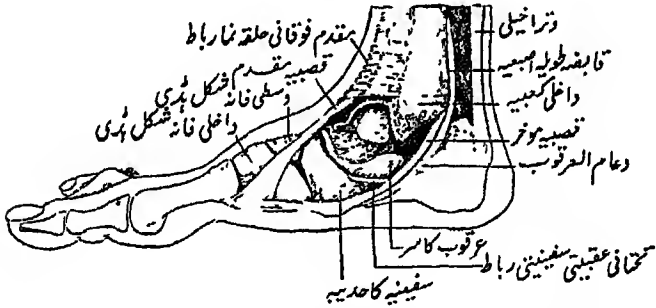
ان دو مریات میں سے جو پاؤں کی اندرونی جانب پر نمایاں ہوتے ہیں ایک مریہ بنتا ہے۔ دوسرا مریہ عرقوب (astragalus) کے سر سے بنتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) ذرا باہر کی طرف کو گھومی ہوتی ہے۔ پاؤں کی محراب غائب ہوتی ہے، اور وہ تمام رابطات جو اس کو سہارا دیتے ہیں اور اسے برقرار رکھتے ہیں تنیدہ ہوتے ہیں۔ کچ پانی کی مخلوط یا ثانوی قسموں کا ذکر کرنے کی ضرورت نہیں۔ یہ صرف ابتدائی قسموں ہی کے اکٹھے پائے جانے کا نتیجہ ہوتی ہیں۔

چونکہ کچ پانی میں تکلیف اکثر پاؤں کے کسی ایسے حصہ پر بار پڑنے کی وجہ سے ہوتی ہے جس پر معمولی حالت میں بار نہیں پڑتا اس لئے یہ معلوم کر لینا مناسب ہے کہ اس ہڈی کی مختلف قسموں میں مریض پاؤں کے کن کن حصوں کے بل چلتا ہے۔ فروع القدم (varus) میں ”پانہاد“ پانچویں بعد صارتی ہڈی کی بیرونی جانب سے بنتا ہی روج القدم (valgus) میں اندرونی کعبیہ اور سفینیہ سے بنتا ہے۔ فرسی کچ پانی (equinus) میں بار تمام انگلیوں کے قاعدوں پر پڑتا ہے۔ اور فرسی فروع القدم (equino-varus) میں چھنگلی کا قاعدہ، اور فرسی روج القدم (equino-valgus) میں انگوٹھے کا قاعدہ زمین پر لگتا ہے۔ اور عقی کچ پانی کی تمام قسموں میں ایڑی زمین پر لگتی ہے۔

خلقی قسم کے گرزپا (club-foot) کی انتہائی اور شدید حالتوں میں بعض اوقات ایک عملیہ سے جو صماری (tarsotomy) کے نام سے موسوم ہے ہڈی کے فافنے علیحدہ کر دے جاتے ہیں۔ اس لئے فرسی فروع القدم (talipes equino-varus) میں فافنہ کا قاعدہ پاؤں کی باہر کی طرف کو اوگا اور زیادہ تر نردی ہڈی پر مثل ہوگا، اور اس سفینیہ (scaphoid) پر ہوگا۔

چپٹا پاؤں (flat-foot) اور روج القدم (splay-foot) اس ہڈی کے نام ہیں جو غالباً بعض رابطات کے جواب دے دینے سے پیدا ہوتی ہے جس سے پاؤں کی محراب غائب ہو جاتی ہے اور تلوا کم و بیش مکمل طور پر چپٹا ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی پاؤں مبعد بھی ہوتا ہے، اور بیرونی کنارہ اکثر ذرا سا اوپر کی طرف کو اٹھا ہوتا ہے جسکی وجہ سے مریض زیادہ تر پاؤں کی اندرونی طرف پر ہی چلتا ہے۔ یہ ہڈی ان اشخاص میں پائی جاتی ہے

جو بہت زیادہ کھڑے رہتے ہیں۔ اور یہ ان عضلات کے اور خاص کر عضلہ قصبیہ مفردہ و ٹو کے جوابے دینے کا بلا واسطہ نتیجہ ہوتی ہے جو پاؤں کو دروں گردانی کی وضع پر قائم رکھتے ہیں۔ رباطات پر صرف اسی حالت میں بار پڑتا ہے اور ان کا طول بڑھتا ہے جب کہ ان عضلات کی قوت تحلیل ہو جائے اور یہ جواب دے دیں۔ کیونکہ یہ اسر بطور ایک کلیہ کے تسلیم کیا جاسکتا ہے کہ جوڑ پر کا طبعی بار عضلات پر پڑتا ہے، اور رباطات صرف حرکات کی وسعت کو محدود کرنے کا کام دیتے ہیں۔ تحتانی عقربیہ سفینی (inferior calcanéo-scapoid) رباط وضع قیام میں طبعی طور پر ڈھیلا رہتا ہے۔ اور عرقوب (astragalus) سر کے بوجھ کو عضلہ قصبیہ موخر (tibialis posticus) مہار دیتا ہے (شکل ۱۵۲)۔



شکل ۱۵۲۔ چھٹے پاؤں کی تقطیع اندر کی جانب سے۔

یہ ایک مشہور و معروف امر ہے کہ ٹانگ کے عضلات چلنے کی نسبت کھڑے ہونے میں زیادہ جلد خستہ ہو جاتے ہیں کیونکہ کھڑے ہونے کی حالت میں وہ عضلات جو پاؤں کی دروں گردانی کرتے ہیں ایک تنش کی حالت میں رہتے ہیں۔ مگر چلنے میں ان کو سکون اور قوت کے لئے متبادل اوقات ملتے ہیں۔ لہذا ان اشخاص میں جن کے پیشوں میں طول طویل عرصہ تک کھڑے رہنے کی ضرورت ہوتی ہے پاؤں کی دروں گردانی کو برقرار رکھنے والے عضلات (خاص کر عضلہ قصبیہ موخر) خستہ ہو جاتے ہیں، اور بتدریج جواب دے دیتے ہیں اس حالت میں

جسم کا وزن اور اسے ان ساختوں پر پڑتا ہے جو پاؤں کی بروں گردانی کو محدود رکھتی ہیں اور تحتانی عقیقتی سفینیتی رباط پر یہ خاص طور پر پڑتا ہے جس پر کہ عرقوب کا ٹنگن ہوتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ جب اس رباط پر وزن پڑتا ہے تو یہ دبنا شروع ہو جاتا ہے اور عرقوب کا سر جسم کے وزن سے جو اوپر سے پڑتا ہے دب کر آگے کی اور نیچے کی اور اندر کی طرف کو مرکب جاتا ہے۔ اور پاؤں کے اُس حصہ میں جو اس کے آگے ہوتا ہے پیش بسط کر دینا واقع ہو جاتی ہے اور وہ باہر کی طرف کو مرکب جاتا ہے (شکل ۱۵۲) عظم العقب اندر کی طرف مائل ہو جاتی ہے اور اس کا اگلا سر آخف ہو جاتا ہے لیام العرقوب (sustentaculum tali) عرقوب کے سر، اور سفینیتی درنہ (scaphoid tubercle) سے پاؤں کی اندر کی جانب پر فراز ابٹن جاتے ہیں جو بعض اوقات زمین سے جا لگتے ہیں (شکل ۱۵۲)۔ نیز طویل اور قصیر انھمی رباطات بھی جو مخراب کے برقرار رکھنے میں اتنا زیادہ حصہ لیتے ہیں کچھ عرصہ کے بعد دب جاتے ہیں، اور اس سے مزید بدشکل پیدا ہو جاتی ہے۔ رباط دالید (deltoid ligament) بھی کچھ جاتا ہے۔ غیر ملتفت واقعات میں جھارتی ہڈیوں کی شکل میں تغیر واقع ہو جانے اور ایسے رباطات کے منقبض ہو جانے سے جو اس بدوضی سے ڈھیلے پڑ جاتے ہیں بدشکل کم و بیش مستقل ہو جاتی ہے۔ سفینید (scaphoid) اور اندرونی فائدہ نکل ہڈی نمایاں طور پر فائدہ نما ہو جاتی ہیں، اور ان کے راسوں کا رخ پاؤں کی پشت کی طرف کو ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۲)۔ پاؤں مبعوہ جاتا ہے اور اس کا بیرونی کنارہ کسی قدر مرتفع ہو جاتا ہے عضلات شظیہ (peronei muscles) ڈھیلے اور چھوٹے ہو جاتے ہیں اور اس فتور کے مستقل بنانے میں شریک ہو جاتے ہیں۔ یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ مختلف جھارتی ہڈیوں اور مغال پر جو غیر طبعی دباؤ پڑتا ہے اس سے وہ شدید درد پیدا ہوتا ہے جو اس عارضہ میں اکثر پایا جاتا ہے۔ چونکہ پاؤں کی مخراب کی استواری زائل ہو جاتی ہے اور یہ آئندہ جسم کا وزن برداشت نہیں کر سکتی اس لئے پنڈلی کے عضلات لاغر ہو جاتے ہیں۔ پاؤں ایک بیرم ہے جس کے ذریعہ سے پنڈلی کے عضلات چلنے کے دوران میں جسم کو اوپر اٹھاتے ہیں۔ جب مخراب کے مہوٹ کے ساتھ اس بیرم کی استواری غائب ہو جاتی ہے تو پنڈلی کے عضلات آئندہ فعل نہیں کر سکتے۔ اس لئے مریض چلتے وقت

انگلیوں پر وزن ڈال کر پاؤں کو نہیں اٹھاتا بلکہ ایڑی اور پاؤں کی اندرونی جانب پر وزن ڈال کر پاؤں کو اٹھاتا ہے۔  
 طبعی پاؤں کے نقوش کی شکلیں بہت مختلف ہوتی ہیں (دیکھو شکل ۱۵۳)۔ بوسٹن (Bosten) کے لووٹ (Lovett) کا یہ خیال تھا کہ جو پاؤں زمین سے صرف دو حصوں پر چھوتے ہیں یعنی پیچھے کی طرف ایڑی پر اور سامنے کی طرف پاؤں کی گدی پر ان کے کمزور ہو جانے کا سب سے زیادہ احتمال ہوتا ہے (شکل ۱۵۳-۱)۔ چپٹے پاؤں (flat-foot) میں

660



شکل ۱۵۳۔ نقوش قدم کے مختلف اقسام۔

۱۔ طبعی پاؤں کا جس کی محراب بلند ہے۔

۲۔ اسکی بھی محراب بلند ہے۔

۳۔ جس کی محراب نیچی ہے۔

۴۔ چپٹے پاؤں کا۔

پاؤں کا اندرونی کنارہ بھی زمین سے مل جاتا ہے۔ اس لئے ایڑی اور انھمسی گدی اور پاؤں کے بیرونی حاشیہ کے درمیان کا رقبہ جو طبعی نقش قدم میں خالی رہتا ہے جزوی یا کلی طور پر

پُر ہو جاتا ہے (شکل ۱۵۳-۵)۔

یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ وسطانی حمارتی جوڑ (mediotarsal joint) کو جو اس ہڈی میں اتنا نمایاں طور پر متاثر ہوتا ہے مقدم قصبیتی (anterior tibial)، عضلی جلدی (musculo-cutaneous)، اور خارجی انحصی (external plantar) انحصا رسد پہنچاتے ہیں۔

جو حالت قدم کھف (pes cavus) (چنگالی پاؤں: claw-foot) کے نام سے موسوم ہے اس میں پاؤں وسطی حمارتی جوڑ پر خم کردہ ہوتا ہے، انحصی محراب بڑی ہو جاتی ہے، ایڑی اوپر کی طرف کو بھجی ہوتی ہے، اور قریبی سلامیات خاصکر انگوٹھے کے، نظری طرف کو خم کردہ ہوتے ہیں۔ یہ عارضہ بتدریج نمودار ہوتا ہے اور انجام کار بہت سی لاچاری کا باعث ہوتا ہے۔ اس کا سبب معلوم نہیں۔ انگلیوں اور پاؤں کے عضلات باسطہ میں عام طور پر کسی قدر کمزوری پائی جاتی ہے۔

حمارتی ہڈیاں (tarsal bones) اپنے اسفنجی خاصہ کی وجہ سے بلا واسطہ چوٹ اور شدید کوفتگیوں سے آسانی ٹوٹ جاتی ہیں۔ چونکہ وہ نرم حصے جو ان ہڈیوں کو پوشیدہ کرتے ہیں پاؤں کی پشت پر کم مقدار میں ہوتے ہیں اس لئے یہ حوادث اکثر مرکب ہوتے ہیں اور ان میں پوش کی بہت سی اوریدگی پائی جاتی ہے۔

جو حمارتی ہڈی سب سے زیادہ کثرت کے ساتھ کسور ہوتی ہے وہ عظم العقب ہے۔ یہ ہڈی ایڑی کے بل گرنے سے ٹوٹ سکتی ہے اور بہت سی مثالوں میں ایسے حادثے سے صرف یہی ہڈی ٹوٹی ہے۔ عضلی فعل کی شدت سے عقبیہ (calcaneus) میں کسر واقع ہونے کے چند واقعات کا اندراج کیا جا چکا ہے۔ جن عضلات سے کسر واقع ہوتا ہے وہ عضلات وہ ہیں جو وتر اخیلی (tendo Achillis) سے چسپیدہ ہوتے ہیں۔ ایبل (Abel) نے دو عام العرقوب (sustentaculum tali) کے کسر کے تین واقعات کا اندراج کیا ہے اس کا یہ خیال ہے کہ یہ ضرر تلوے کے بل گرنے یا پاؤں کی انتہائی دروں گردانی سے جب کہ عرقوب (astragalus) اس زائدہ پر بہت زور سے آکر دبتی ہے پیدا ہو سکتا ہے۔

ایڑی کی شعاع نگار شوں میں اکثر ایک عقبیتی ہمار (calcanean spur) دکھائی



دیتی ہے جو عظم العقب کے داخلی یا خارجی حدیبہ سے لیکر آگے کی طرف کو انحصی روا کے اندر تک جاتی ہے بعض حالتوں میں اس قسم کی ہمار (spur) کی موجودگی میں ایڑی کی اند کی جانب پر ہمیشہ درد محسوس ہوتا ہے۔

پاؤں کے بل گرنے سے اکیلی عرقوب (astragalus) بھی ٹوٹ سکتی ہے۔ اور ایسے حوادث میں یہ اور عظم العقب دونوں اکثر ٹوٹ جاتی ہیں لیکن اس امر کا خیال ضرور رکھنا چاہیے کہ جب مرفی پاؤں کے بل گرتا ہے تو حمارتی ہڈیوں کی نسبت قصبیہ (tibia) اور شطیہ (fibula) کے ٹوٹنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے کیونکہ ٹانگ کی ہڈیاں جسم کے وزن کو بلا واسطہ منتقل کرتی ہیں۔ مگر جب یہ وزن پاؤں میں سے اس کی بہت سی ہڈیوں اور جوڑوں میں سے گزرتا ہے تو منتشر اور منقسم ہو جاتا ہے۔ حمارتی ہڈی کی سا بھارتیوں میں ایسے خطوط یا عظمی ہکسین ظاہر ہوتی ہیں جن میں سے ایسی طاقتیں منتقل ہوتی ہیں ایسی سائیکارٹوں کا خاصکر چوٹ کے واقعات میں امتحان کرتے وقت بعض اوقات عرقوب کا موضع زائدہ بظاہر علحدہ یا کمسور دکھائی دیتا ہے۔ یہ ضرور یاد رکھنا چاہئے کہ یہ زائدہ بطور ایک علحدہ ہڈی (عظم مثلث: os trigonum) کے نمودار ہوتا ہے۔ اور بعض واقعات میں یہ عرقوب (astragalus) سے متحد ہونے سے رہ جاتا ہے۔

بعد حمارتی ہڈیاں (metatarsal bones) اور سلامیا (phalanges) تقریباً ہمیشہ بلا واسطہ چوٹ سے ٹوٹتے ہیں لیکن باہر کی طرف کی بعد حمارتی ہڈیوں کی پوریاں بعض اوقات صرف سنگ حاشیہ کے کنارے پر سے پھسلنے یا بس (bus) پر سے پھلاناگ مارنے سے ٹوٹ جاتی ہیں۔ جب سے لاشعاعوں کا استعمال ذریعہ تشخیص کے طور پر شروع ہوا ہے حمارتی ہڈیوں اور خاصکر پانچویں ہڈی اور سلامیات کے کمسور اور جزوی کمسوریل الوقوع نہیں پائے گئے۔ اور یہ اکثر ایسی حرکت یا حادثہ کا نتیجہ پائے گئے ہیں جو بظاہر ایسے ضررات پیدا کرنے کے لئے بالکل ناکافی معلوم ہوتا ہے۔

بعض اوقات ایک یا زیادہ بعد حمارتی ہڈیاں مخلوع ہو جاتی ہیں، یا تمام کا تمام سلسلہ اوپر کی یا نیچے کی یا اندر کی یا باہر کی طرف کو سرک جاتا ہے۔ قبل الذکر ضرر عام ترین ہوتا ہے۔ یہ ضرر ان لوگوں کے پاؤں میں خاص طور پر دیکھا گیا ہے جو گھوڑے پر سے گرے ہوں

اور رکاب میں پاؤں کے مخفس جانے سے گھسٹتے گئے ہوں۔

حصہ کا تعظم (ossification of the tarsus)۔ بوقت پیدائش حصہ زیادہ تر غضروبی ہوتا ہے۔ تعظم ایرٹی کی ہڈی میں جنینی زندگی کے چھٹے مہینے میں اور عرقوب (astragalus) میں ساتویں مہینے میں شروع ہوتا ہے۔ نردی ہڈی (cuboid) کے لئے جو مرکز ہوتا ہے وہ پیدائش کے وقت پر ظاہر ہوتا ہے۔ اور سفینید (scaphoid) میں جو سب سے آخر میں تعظم ہوتی ہے یہ مرکز تیسرے سال میں نمودار ہوتا ہے۔ حمارتی ہڈیوں کی غضروف سن بلوغ تک مکمل طور پر تعظم نہیں ہوتی۔ طویل ہڈیوں کے برالوں کی طرح حمارتی ہڈیاں بھی مکمل طور پر غضروف میں بنتی ہیں، اور گرد عظم سے نہیں بنتیں۔

پاؤں کے انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کے خلع کی ترجیع ہاتھ کے انگوٹھے کے متناظر خلع کی ترجیع کی طرح اکثر بہت مشکل ہوتی ہے۔ جب بغیر وضیعت ظہری ہو تو یہ مشکل شاید سمسمانی ہڈیوں، جو وقبی رباط (glenoid ligament) یا لیفی غضروبی صفحہ میں مدفون ہوتی ہیں، اور عضلات کے ان گرد ہوں کے معکوس انقباض کی وجہ سے پیدا ہوتی ہیں جو ان سمسمانی ہڈیوں پر بنتی ہوتے ہیں۔ قریبی سلامیہ کی بیرونی غیر وضیعت کا ذکر جو رجحان الایا (hallux valgus) پر مشتمل ہوتی ہے پہلے کیا جا چکا ہے (دیکھو صفحہ 641)۔ اس جوڑ کا اندرونی جانبی رباط متطول ہوتا ہے۔ اور بیرونی منقبض ہو جاتا ہے۔ صلب بہام قدم (hallux rigidus) میں یہ جوڑ شاید ان تصبیر عضلات کے انقباض سے جو انگوٹھے پر فعل کرتے ہیں ذرا سا خم کردہ اور استوار ہوتا ہے۔ انقباض کی وجہ عام طور پر جوڑ کی سطح کا کوئی ضرر ہوتی ہے۔ اس ضرر میں جو رجحان الحمارہ (metatarsalgia) کی ایک قسم ہے مہم سادہ رہا جاتا ہے۔

دوسری انگلی بقیہ انگلیوں کی نسبت عام طور پر زیادہ لمبی ہوتی ہے اور اس کے "مطرتی انگشت پا" (hammer-toe) کی شکل اختیار کرنے کا زیادہ احتمال ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں قریبی سلامیہ بسط کردہ اور وسطی بہت خم کردہ ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بالعموم موروثی ہوتا ہے۔ اور کسی ایسی انگلی کے بن العظامی اور قطنی عضلات (lumbricales) میں نقبض پیدا ہونے سے رونما ہوتا ہے جو غیر طبعی طور پر لمبی ہو۔

پاؤں میں ٹخنے کے جوڑ کے زللابی کہنے کے علاوہ چھ اور زللابی کہنے ہوتے ہیں۔ یعنی ایک نو زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، دوسرا مقدم زیر عرقوبی جوڑ کے لئے، تیسرا عظم العقب اور نردی ہڈی کے درمیان، چوتھا نوخر الذکر ہڈی اور باہر کی دو بعد حارقی ہڈیوں کے درمیان، پانچواں اندر کی فائے شعل ہڈی اور پہلی بعد حارقی ہڈی کے درمیان کے جوڑ کے لئے، اور چھٹا بقیہ مفاصل کے لئے (شکل ۱۵۴)۔ کسی ایک ہڈی کے مرآت زدہ ہو جانے کی حالت میں ان زللابی کہفوں کا بہت سار ججان مرض کو پاؤں کی مختلف ہڈیوں میں منتشر کرنے کی طرف ہوتا ہے۔ لہذا جہاں تک اس قسم کی توسیع کے سوال کا تعلق ہے ہڈی کے مرض کا بہترین محل عظم العقب اور عرقوب کے کچیل حصے ہیں۔ اور جب اسفینہ ماؤف ہوگی تو مرض کا مقام بدتر ہوگا۔

ٹخنے کے جوڑ پر سے ساسم کا بر

(Syme's amputation at the ankle)

(شکل ۱۵۵)۔ ایری کے دامن میں مندرجہ ذیل ششیں

کاٹی جاتی ہیں:- پوششیں، خارجی صافی عصب اور

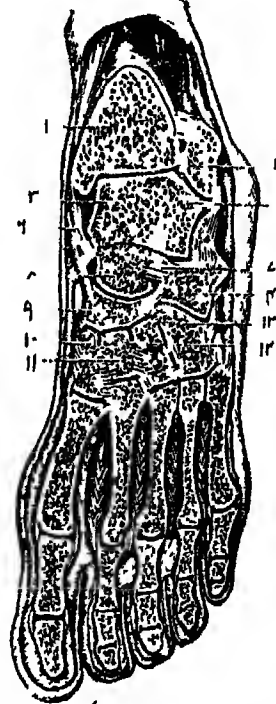
ورید عضلہ شظیہ طویلہ (peroneus longus)

عضلہ شظیہ قصیرہ (peroneus brevis)، عضلہ

قصیرہ موخر، عضلہ قابضہ اصبع طویلہ،

عضلہ قابضہ ہتھکڑ (flexor longus hallucis)

آخیلی وتر (tendo Achillis)، عضلہ قابضہ



شکل ۱۵۴۔ حمارہ کے زللابی کہفوں کو ظاہر

کرنے کے لئے پاؤں کی ترجیحی مقدم موخر

تراش۔ (روڈنجر Rudinger)۔

۱۔ قصبیہ - ۲۔ شظیہ - ۳۔ عرقوب -

۴۔ عظم العقب - ۵۔ داخلی جانبی رباط -

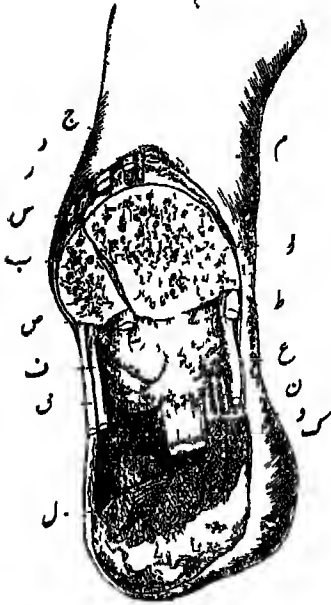
۶۔ عرقوب اور عظم العقب کے درمیان کا

بین العظامی رباط - ۷۔ عرقوب کا سر -

۸۔ سفینہ - ۹۔ ۱۰۔ اور اتین فائے شعل ہڈیاں -

۱۲۔ نردی ہڈی -

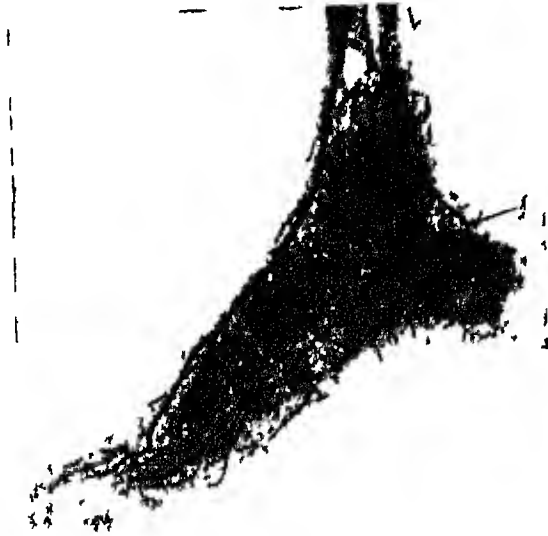
اصبعیہ قصیرہ (flexor brevis digitorum) اور دونوں مہمض عضلات کے مبادی اور داخلی اور خارجی انجمی شریانیں اور اعصاب۔



شکل ۱۵۵۔ اسٹیم کاہن۔ (اگیز: Agatz)۔  
 اقصیہ۔ ب۔ شطیہ۔ ج۔ قصیرہ مقدم۔ د۔ عضلہ با  
 اہامیہ حقیقیہ۔ ع۔ عضلہ باطلہ۔ ف۔ عضلہ باطلہ۔  
 س۔ عضلہ شطیہ ثالث۔ ص۔ عضلہ اہامیہ۔  
 ط۔ عضلہ۔ ظ۔ عضلہ قصیرہ۔ ح۔ عضلہ قابضہ  
 اصبعیہ۔ ط۔ عضلہ۔ ف۔ عضلہ شطیہ قصیرہ۔ ق۔ عضلہ  
 شطیہ۔ ک۔ وترانیلی۔ ل۔ تلوے کے بعض  
 عضلات جو اس عمل میں عام طور پر نیچے نہیں  
 چوڑے جاتے۔ م۔ مقدم۔ ن۔ قصبی عروق۔ و۔ عروق  
 قصبی عروق۔ و۔ عروق قصبی عصب۔

نہری دامن میں مندرجہ ذیل ساختیں  
 کاٹی جاتی ہیں۔ عضلہ قصیرہ مقدم، باطلہ اصبعیہ  
 مشترکہ، باطلہ اہامیہ حقیقی، شطیہ ثالث، مقدم  
 قصبی عروق اور عصب، عضلہ جلدی عصب اور داخلی صافی عضلہ  
 ورید۔ جو بڑی بڑی ساختیں کاٹی گئی ہیں ان کا  
 شکل ۱۵۵ میں دکھایا گیا ہے جیسا کہ اگیز (Agatz)  
 کی تصویر میں دیکھا گیا ہے اس طرح اب عام طور  
 پر تلوے کی عضلہ بافت کے کسی حصہ کی بھی تقطیع نہیں  
 کی جاتی ہے۔ یہ معلوم کر لینا چاہئے کہ ایڑی کی  
 پوششوں کی رسد جو بہت کثیر ہوتی ہے باہر کی طرف  
 زیادہ تر موخہ شطیہ شریان کی خارجی عصبی شاخ سے  
 اور اندر کی جانب پر زیادہ تر خارجی انجمی شریان  
 کی داخلی عصبی شاخ سے آتی ہے۔ موخہ الذکر عرق  
 اکثر موخہ قصبی (posterior tibial) (شطی  
 peroneal) شریان سے نکلتا ہے، اور اس حالت  
 میں عصبی انجمی شاخ (calcaneo-plantar  
 branch) کے نام سے موسوم ہوتا ہے۔ اس خط  
 کی عصبی رسد شکل ۱۵۶ میں بخوبی دکھائی دیتی ہے۔  
 یہ ایک شعاع نگار کش ہے جو بیریئم (barium)  
 کے اشراق کے بعد لی گئی ہے۔ اگر ایڑی کا شکاف  
 اتنا نیچے پہنچا دیا جائے کہ اس سے موخہ قصبی شریان  
 کا تناٹ جائے تو ایڑی کا دامن رسد خون کے

موخر الذکر منبع سے بے بہرہ رہ جاتا ہے۔ موخر قصبیتی شریان اس خطہ پر روشناخوں میں تقسیم ہوتی ہے جو اندرونی کعبیہ کی نوک سے لیکر ایڑی کے انحداب کے مرکز تک کھینچا جائے۔  
ایڑی کی پوششوں کو جو اعصاب رسد پہنچاتے ہیں وہ خارجی صافنی (external saphenous) کی عقبیتی شاخیں اور موخری قصبیتی (posterior tibial) کے انحصی جلدی



شکل ۱۵۶۔ پاؤں کی شمع نگارش۔ شریانوں میں غیر شفاف اشراب کیا گیا ہے۔ بتر سائٹم کے دامن کو جو شریان دموی رسد پہنچاتی ہے اس کے محل وقوع کو غور سے دیکھا جائے۔  
۱۔ موخر قصبیتی شریان کی عقبیتی انحصی شاخ۔

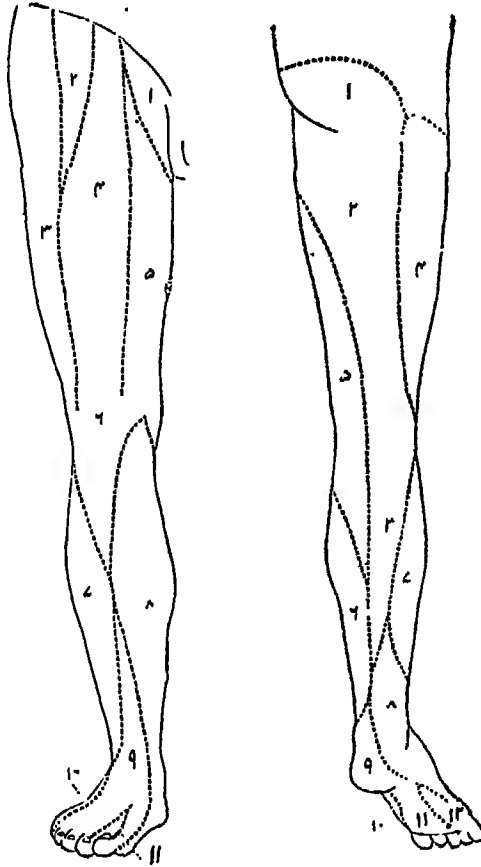
شاخے ہیں۔ پروگاف کا بتر (Pirogoff's amputation) جس میں ایڑی کی ٹہنی کا

کچھ حصہ ایڑی کے دامن پر باقی رکھ لیا جاتا ہے، اور شتوپارٹ کا وسطی حمارتی بتر (Chopart's midtarsal amputation) اور لیس فرانک کا بعد حمارتی سلامیاتی بتر (Lisfranc's metatarso-phalangeal amputation) (معاہنی ہے Hay: اور سکی: Skey کی غیر اہم مرمہ صورتوں کے) اب شاذ و نادر ہی سرانجام دئے جاتے ہیں۔ ان میں بہت سے نقائص پائے جاتے ہیں جو سائم (Syme) کے عملیہ میں نہیں پائے جاتے، اور پاؤں پر سرانجام دینے کے لئے یہ عملیہ بہترین تصور کیا جاتا ہے اور اسے ترجیح دی جاتی ہے۔

**نیر عرقوبی بتر** (subastragaloid amputations) میں زیر عرقوب مفصل پر مفصل مفصل (disarticulation) کی جاتی ہے۔ اور پاؤں کی جوڑی باقی رہ جاتی ہے وہ صرف عرقوب (astragalus) رہی ہوتی ہے، اور اس سے ٹنڈ کی چوٹی بنتی ہے۔ لیکن اس عملیہ کی سرانجام دہی کے دوائی چند ہی ہیں۔

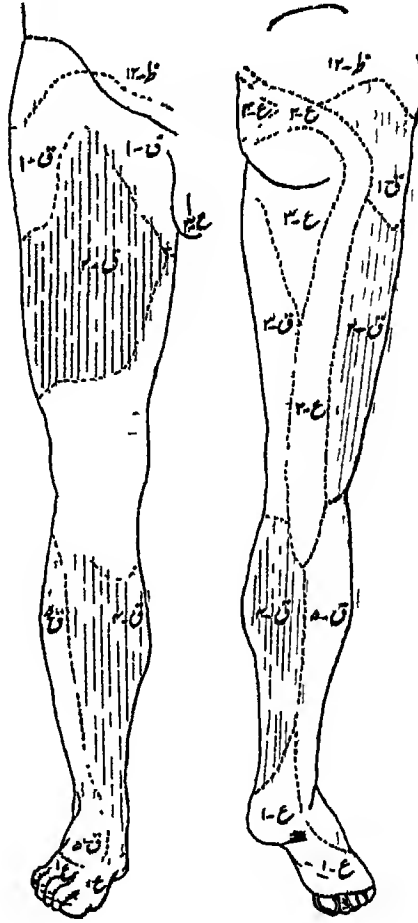
**جارجہ اسفل کی عصبی رسد** - شکل ۵۵۱ میں جوارح اسفل کی مقدم (باسط) اور موخر (قائض) دونوں جانبوں کی جلدی عصبی رسد دکھائی گئی ہے، اور شکل ۵۵۲ میں وہ جبلی قطعات دکھائی دیتے ہیں جن سے اعصاب نکلتے ہیں۔ جوارح اسفل کے مشلاست کثیر الوقوع ہیں۔ لیکن کسی مجرود عصب کو نقصان پہنچنے کی نسبت جل شو کی کے تحتانی قطعات کے کسی ضرر سے زیادہ کثرت سے پیدا ہوتے ہیں۔ بہر حال ایسے واقعات کا اندراج بھی کیا جا چکا ہے جن میں اکیلا تا ضرر رسیدہ تھا اور اس سے بعد میں شلل پیدا ہو گیا تھا۔

**مقدم ساقی** (anterior crural) (فخذی: femoral) عصب کا شلل عمود فقری کے زیرین حصہ کو ضرر پہنچنے سے جس سے فنب الفرس (cauda equina) ماؤف ہو گیا ہو، اور جوش کے کسور اور جوش کے سلعات سے، خراج خصریہ (psosas abscess) سے، عظم فخذی کے کسور اور خلوع سے، کنج ران کے خطہ کی ہولوں سے، اور خاص کر بند روق کے ان زخموں سے جو ان حصوں میں آئے ہوں، پیدا ہوتا ہے۔ اس عصبی ضرر میں مریض کو لے کی جوڑ کی خم کر دگی نہیں کر سکتا یا لیٹ کر اٹھ نہیں سکتا (عضلہ حرقضیہ عضلات متقریہ بعض اوقات کو لے کے جوڑ کے قابضات کی طرح فعل کرنے لگتے ہیں۔ خصریہ)۔



شکل ۱۵۷ - جارجہ اسفل کی جلدی عصبی رسد۔

مقدم جانب - ۱ - حرقنی اربی - ۲ - تناسلی ساقی - ۳ - خارجی جلدی - ۴ - وسطی جلدی - ۵ - داخلی جلدی - ۶ - رنغنی ضغیرہ - ۷ - خارجی مابضی کی شائیں - ۸ - داخلی صافنی - ۹ - عضلی جلدی - ۱۰ - خارجی صافنی - ۱۱ - مقدم قصبیتی -  
 مؤخر جانب - ۱ - ۲ اور ۳ صغیر نائی - ۴ - خارجی جلدی - ۵ - داخلی جلدی - ۶ - داخلی صافنی - ۷ - خارجی مابضی کی شائیں - ۸ - قصیر صافنی - ۹ - مقدم قصبیتی - ۱۰ - داخلی صافنی - ۱۱ - داخلی انجمی - ۱۲ - غلیجی انجمی -



شکل ۱۵۸. جابر صاف سفلی کے ان جلدی رقبہ جات کو نطا ہر کرتی ہے جن کو جبل شوکی کے قطنی اور بحر می قطعات سے رسد پہنچتی ہے۔  
(ہیڈ: Head کے مطابق۔)

ہر رقبہ پر جبل کے اس قطعہ کا نام درج ہے جس سے اس کو رسد پہنچتی ہے۔ ان اعصاب کے لئے جو ہر ایک رقبہ کو رسد پہنچاتے ہیں۔ دیکھو شکل ۱۵۷۔



گھٹنے پر ٹانگ کی بسط کر دگی کی طاقت مناع ہو جاتی ہے (عضلہ باسطہ ساقیہ ذوالربعۃ الرؤس quadriceps extensor cruris)۔ عضلہ خیاطیہ (sartorius) کا فعل تباہ ہو جاتا ہے اور عضلہ مشطیہ (pectineus) کے فعل میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ جن حصوں کو داخلی اور وسطی جلدی اعصاب اور طویل صافنی عصب رسد پہنچاتا ہے ان کی حس میں کمی آ جاتی ہے۔

اکیلے عصب ساد (obturator nerve) کا شلل ایک نادر الوقوع حادثہ ہے، گو سابق الذکر تنے کے اسی قسم کے ضرر کے ساتھ یہ بعض اوقات پایا جاتا ہے۔ فتق ساد (obturator hernia) کی حالتوں میں اور دوران وضع حمل میں جنین کے سر سے اس عصب پر دباؤ پڑنے سے یہ پیدا ہو سکتا ہے۔ جو عضلات متاثر ہوتے ہیں وہ عضلات مقربو (adductors)، عضلہ رشیقیہ (gracilis)، اور عضلہ سادہ خارجہ (external obturator) ہیں۔ مریض گھٹنوں کو مٹا کر دبا نہیں سکتا اور ٹانگوں کو ایک دوسری پر سے گزرا نہیں سکتا۔ باہر کی طرف کی گردش مشکل ہو جاتی ہے مگر جلد کے جس رقبہ کو یہ عصب رسد پہنچاتا ہے اس کی حس بہت کم متاثر ہوتی ہے۔

عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) اپنے ابتدائی مقام پر دو واضح حصوں سے مرکب ہوتا ہے جن میں سے ہر ایک اپنے اپنے غلاف میں بند ہوتا ہے۔ یعنی ایک حصہ ٹہری یا باسطی ہوتا ہے جو عصب کے بیرونی یا زیادہ گہرے حصہ میں واقع ہوتا ہے، اور خارجی نابضی (external popliteal) (مشترک شطی common peroneal) عصب بن جاتا ہے، اور ایک بطنی یا قابض حصہ ہوتا ہے جو داخلی نابضی (internal popliteal) یا قصبیتی (tibial) عصب بن جاتا ہے۔ ان کے غلافوں کے ہم پلو حصوں سے عظیم نسائی عصب (great sciatic nerve) کا فاصل بنتا ہے۔ مگر گاہے گاہے شطی (peroneal) اور قصبیتی غلافات شروع ہی سے علیحدہ علیحدہ ہوتے ہیں۔ نسائی (sciatic) تنے کے وسطی ایک تہائی حصہ میں ریشے از سر نو مرتب ہوتے ہیں، یعنی ان کی جماعت بندی دوسری دفعہ ہوتی ہے، اور اس طرح ایک ضمیمہ بن جاتا ہے۔ یہ جماعت بندی حرکی ریشہ جات میں خاص طور پر پائی جاتی ہے۔ عظیم عصبی تنوں میں

مختلف عصبی بندلوں کا محل معین اور متقل ہوتا ہے۔

داخلی مابضی عصب کا شلل (paralysis of the internal

popliteal nerve) - نخے کی بسط کردگی اور انگلیوں کی خم کردگی نہیں کی جاسکتی

(قابلضہ طولیہ اصبعیہ، قابلضہ ابہامیہ حقیقی، عضلہ قصبیہ موخر، گیسٹرونمیسیس

gastrocnemius، اور سکیس soleus)۔ مریض موخر الذکر دونوں عضلات کے

فعل کے معطل ہو جانے کی وجہ سے انگلیوں پر کھڑا نہیں ہو سکتا۔ پاؤں کو دروں گردہ کرنے

کی طاقت میں نقص واقع ہو جاتا ہے (عضلہ قصبیہ موخر)، اور انگلیوں کی جانبی حرکت تلوے

کے تمام چھوٹے عضلات کے مشلول ہو جانے کی وجہ سے تامل ہو جاتی ہے۔ انگلیوں کی انحصی

جانب اور تلوے پر اور ٹانگ کی پچھلی طرف کے زیرین نصف کے کچھ حصہ کی حس ناقص

ہو جاتی ہے۔

خارجی مابضی (external popliteal) مشترک شلتی (common

peroneal: عصب کے شلل میں ٹانگ کی سامنے کی جانب کے عضلات کا فعل تامل

ہو جاتا ہے، پاؤں لٹک پڑتا ہے، اور چلتے وقت انگلیاں زمین پر گھسکتی ہیں۔ پاؤں کی

ن تو نہری خم کردگی کی جاسکتی ہے اور نہ بروں گردانی (عضلہ باسطہ مشترکہ اصبعیہ، باسطہ

ابہامیہ حقیقی، شلتی عضلات)۔ تقریب عضلہ قصبیہ مقدم (tibialis anticus) کی وجہ

سے نامکمل رہ جاتی ہے۔ انگلیوں کی بسط کردگی صرف ذرا سی ہی ممکن ہوتی ہے جتنی کہ

بن العظامی عضلات سے ہو سکتی ہے۔ پاؤں کی محراب چھٹی ہو جاتی ہے کیونکہ عضلہ شلتیہ

طوبہ (peroneus longus) سے اسے جو سہارا ملتا ہے وہ غائب ہو جاتا ہے۔ رابطہ

شلتی عصب (communicans peronei) کے شلل کی وجہ سے ٹانگ کی سامنے کی

اور باہر کی طرف کی اور پاؤں کی پشت پر کی اور ٹانگ کی پچھلی جانب کے کچھ حصہ پر کی

حس ناقص رہ جاتی ہے۔

کسی خاص عضلہ کو جانے والے ریشوں کی گروہ بندی سوائے اس مقام کے

قرب وجوار کے جہاں یہ عصبی تے سے باہر نکلتے ہیں کسی ایک حزمہ (fasciculus) میں نہیں

پائی جاتی۔ لہذا داخلی مابضی (internal popliteal) کی طرح کا کوئی عصبی تنا بغیر کسی

نظاہری اثر کے نمودار ہونے کے جزوی طور پر کاٹا جاسکتا ہے۔ طفلی شلل (infantile paralysis) کے واقعات میں اس صورت حالت سے استفادہ کیا جاتا ہے۔ خارجی مابضی (external popliteal) عصب کے مائوف ہو جانے کی حالت میں باسط عضلات کا فعل اس عصب کو ایک دھجی سے جو داخلی مابضی (internal popliteal) عصب سے جزوی طور پر علحدہ کی گئی ہو ٹانگ دینے سے از سر نو قائم کیا جاسکتا ہے۔ جب عظیم نائی عصب (gerat sciatic nerve) خود مشلول ہو جاتا ہے تو سابق الذکر دونوں اعصاب کے تعطل فعل کے علاوہ عضلات کا ذہ کے شلل کی وجہ سے گھٹنے کے خم کردگی کی عدم استطاعت بھی پائی جاتی ہے۔ اور عضلہ فخذیہ مربعہ (quadratus femoris) اور عضلہ سادہ داخلہ (obturator internus) کے ضعف قوت کی وجہ سے جارحہ کی گردش بھی بعض اوقات ناقص رہ جاتی ہے۔ تیرن نے یہ دریافت کیا ہے کہ ایسی حالتوں میں بھی عضلہ رشیقیہ (gracilis) کے فعل سے گھٹنے کی خم کردگی کیجا سکتی ہے نیز جس تلوے کے صرف کچھ حصہ رہی سے مکمل طور پر زائل ہوتی ہے۔ اجمل کے جن قطعات میں سے جارحہ فعل کے اعصاب تکلفے ہیں ان کے صم سے جراح کو بعض ضررات کے مقام کی تعیین کرنے میں اکثر مدد ملتی ہے۔ عصبی جرحہ کے کے لٹ جانے سے جیسا کہ عمود فقری کے کسٹ میں یا جل نخاعی کے اندر اس کے مرکز کے تباہ ہو جانے سے ہوتا ہے عضلات کے ایک معین گروہ میں شلل نمودار ہو جاتا ہے اور جلد کے ایک خاص رقبہ میں عدم حیثیت نمایاں ہو جاتی ہے۔ جلد کے جن رقبہ جات کو قطنی اور عجزی قطعات رسد پہنچاتے ہیں وہ شکل ۸۵ میں ظاہر کئے گئے ہیں۔ اور کوچر (Kocher) کے مطابق یہ قطعات عضلات کے مندرجہ ذیل گروہوں کو رسد پہنچاتے ہیں۔ تیسرا قطنی، منحصر یہ (psaos)، حرقیہ (iliacus)، مشطیہ (pectineus)، خیاطیہ (sartorius)، اور عضلات مقربہ (adductors) کو۔ چوتھا قطنی، عضلہ باسط ساقیہ ذوالربعۃ الرؤس (quadriceps extensor cruris) کو۔ پانچواں قطنی، الویہ ملیہ (gluteus medius)، اور صغیرہ (minius) کو، اور ناشرہ روانیہ فخذیہ (tensor fasciae femoris) اور عضلات کا ذہ (hamstrings) کو۔ پہلا عجزی،

الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، کوٹے کے قصیر دورات (short rotators) عضلات شنتیہ (peronei)، انگلیوں کے باسط عضلات، اور ٹخنہ کے قابض عضلات کو۔ دوسرا عجزی، گیسٹروکنیمیس (gastrocnemius)، عضلہ سملیکہ (soleus)، انگلیوں کے عضلات قابضہ طویلہ، ٹخنے کے بوڑکے باسط عضلات، اور تلوے کے عضلات کو۔

جوارح کے اعصاب جن اصولوں کے تحت منقسم ہوتے ہیں ان کے لئے طالعلم کو صفحہ 359 کا مطالعہ کرنا چاہئے۔ جہاں تک اعصاب کے قطعاتی مبادی کا تعلق ہے جوارح سفلی میں جوارح اعلیٰ کی طرح معتدبہ اختلاف پایا جاتا ہے۔ ان اختلافات کا میلان یا تو پیش بستہ (prefixed) قسم کی طرف ہوتا ہے اور یا پس بستہ (postfixed) قسم کی طرف (دیکھو صفحہ 360) -

# حصہ ششم عمود فقری اور بیل شوی

(THE SPINE AND SPINAL CORD)

## باب بست و ہفتم عمود فقری

عمود فقری کئی ایک ایسے وظائف جو بہت ہی مختلف اور پیچیدہ ہیں جیٹ انگریز  
طور پر سرانجام دیتا ہے۔ یہ جسم کے لئے مرکزی ستون کا اور سر کے وزن کو سہارنے کے لئے  
استوانہ کا کام دیتا ہے، اور دھڑکے اور نیچے کے حصوں کو لاتا ہے پسلیاں اسی سے  
چسپیدہ ہوتی ہیں۔ اس میں ان صدموں میں جو جسم کے مختلف حصوں سے منتقل ہوتے  
ہیں تخفیف کرنے کا خاصہ موجود ہے۔ اسی کی بدولت معتد بہ حرکتیں جو نہایت ہی پیچیدہ  
ہیں ایک جیت انگیز حد تک سرانجام پاتی ہیں۔ بیل شوی کی گنجائش کے لئے یہ ایک خوش  
نلی کا کام دیتا ہے۔ اس غلامیہ توازن کے انتہائے کمال پر دلالت کرتا ہے، کیونکہ

سیدھے کھڑے ہونے کی حالت میں فعال عضلات کے ایک نظام سے جو بین فقری قطعاً ایک دوسرے پر متوازن ہوتے ہیں، تمام ستون عجز (sacrum) پر کھڑا ہوتا ہے جو اس کے لئے ایک قاعدہ کا کام دیتا ہے، اور کھوپری اس پر تاج کی طرح رکھی ہے۔

اس کی بہت سی لمبک کا اور مختلف الاقسام قوتوں کو منتشر کر دینے کی طاقت کا انحصار اس کے خموں پر ہے۔ چار خموں میں سے دو یعنی ٹھہری اور عجزی ابتدائی ہوتے ہیں، اور صدری اور حوضی کہنوں کے بننے سے پیدا ہوتے ہیں۔ ان کا انحناء فقرات کی شکل کی وجہ سے جن پر مشتمل ہوتے ہیں متقل ہوتا ہے۔ دوسرے دونوں عنقی اور قطنی تنویضی خم ہوتے ہیں۔ اور ان کا زیادہ تر انحصار عضلات کے فعل اور میان فقری قرص کی شکل پر ہوتا ہے۔ ٹھہری اور عجزی خم جتنی زندگی میں پیدا ہوتے ہیں۔ اور قطنی اور عنقی پیدائش کے بعد نمودار ہوتے ہیں جبکہ سیدھا کھڑا ہونا سیکھ جاتا ہے۔ شیرخوار بچہ کا عمود فقری سیدھا معلوم ہوتا ہے۔ کم عمر بچہ کی کمر میں صرف ایک ہی نمایاں خم ہوتا ہے، یہ عمومی عمود کا خلفی انحناء ہوتا ہے جو کسٹم (kyphosis) کی حالت ہے۔ جب شیرخوار بچہ پہلے پہل سیدھا بیٹھنا سیکھتا ہے تو عمود فقری بھی یہی خاکہ اختیار کرتا ہے۔ اور بعض کمزور بچوں میں اور خاکہ ان بچوں میں جو کسحت (rickets) سے مرض زدہ ہوں یہ انحناء اکثر بہت ہی نمایاں ہوتا ہے۔

**بین فقری اقراص (intervertebral discs)** تعداد میں تینٹیس ہوتے ہیں اور عمود فقری کے طول کا تقریباً ایک چوتھائی حصہ انہی پر مشتمل ہوتا ہے۔ اگر اقراص کو علحدہ کر لیا جائے اور فقرات کو خشک حالت میں جوڑا جائے تو عنقی اور قطنی انحناء تقریباً غائب ہو جاتے ہیں۔ اور ستون میں صرف ایک ہی خم دکھائی دیتا ہے جس کا انقعار آگے کی طرف کو ہوتا ہے، اور جس کا نمایاں ترین حصہ خطہ ٹھہری کے وسط سے عین نیچے کے حصہ کا متناظر ہوتا ہے۔ یہ خم اس خم سے کیتدر مشابہ ہوتا ہے جو بوڑھوں کے عمود فقری میں دیکھا جاتا ہے، اور ان میں یہ زیادہ تر بین فقری اقراص کے سکڑ جانے سے پیدا ہوتا ہے۔

عمود فقری کی حرکتیں ایک بڑی حد تک انہی اقراص کی وجہ سے واقع ہوتی ہیں۔

اور یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ یہ انہی خطوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جن میں سب سے زیادہ حرکت واقع ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کو لچک دینے اور غلطی فعل میں کفایت کرنے کے لئے یہ کمائیوں کا فعل سرانجام دیتے ہیں، اور ساتھ ہی ان صدموں کے اثرات میں تخفیف کرنے کے لئے جو عمود فقری میں منتقل ہوتے ہیں، مائلوں کا کام بھی دیتے ہیں۔ اکیلے اکیلے دو فقرات کے درمیان جو حرکت واقع ہوتی ہے وہ گویا وسیع نہیں ہوتی مگر عمود فقری میں بحالت مجموعی جس درجہ تک حرکت واقع ہو سکتی ہے وہ معتد بہ ہے اگرچہ جانبی حرکتیں اور خم کردگی اور بسط کردگی کی حرکتیں ظہری خطہ میں محدود ہوتی ہیں مگر گردش کی حرکتیں آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس لئے التوا (scoliosis) اس خطہ میں بہت نمایاں ہوتا ہے۔ آگے پیچھے کی حرکتیں (خم کردگی اور بسط کردگی) اور ایک طرف سے دوسری طرف کی حرکتیں (جانبی خم کردگی) غنقی اور ظہری قطنی اور قطنی خطوں میں سب سے زیادہ آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ جراحی نقطہ نگاہ سے عمود فقری کا کمزور ترین مقام نویں ظہری اور تیسرے قطنی فقرات کا درمیانی حصہ ہے۔ یہاں پر ایک طرف سے دوسری طرف کی اور پیچھے سے آگے کی حرکتیں نہایت آزادانہ واقع ہوتی ہیں۔ اس خطہ سے اوپر عمود فقری کو صدر سے ہمارا ملتا ہے اور نیچے بن فقری اقراص زیادہ بڑے اور زیادہ مضبوط ہوتے ہیں اور ہمارا دینے والے رباط اور عضلات بہتر نمایاں ہوتے ہیں۔

اس امر پر جہاں تک بھی زور دیا جائے کم ہے کہ کمر اور دھڑ کے عضلات ہی عمود فقری کو سیدھا قائم رکھنے کے لئے واحد عوامل ہیں۔ جو نہی ان کا عمل رائل ہوتا ہے عمود فقری کی استواری خائب ہو جاتی ہے اور اس میں ہبوط واقع ہو جاتا ہے عضلات کے چاروں گروہ جو عمود فقری پر گل کرتے ہیں اس امر سے تعلق رکھتے ہیں اور وہ یہ ہیں:-  
 باسطات (ناصبہ شوکیہ : erector spinæ) - قابضات (عنقیہ طولیہ، عضلات مختلف الاضلاع، قطنیہ مربع) - جانبی قابضات (ناصبہ شوکیہ، قطنیہ مربع، عضلات موربہ داخلہ و خارجہ) - مدورات (عضلات موربہ داخلہ و خارجہ، عضلہ شوکیہ متعدد، عضلہ شوکیہ نصفیہ (semispinalis) اور عضلات مدورہ شوکیہ (rotators spinæ) - ان عضلات سے فقرات ایک دوسرے پر اسپینے اپنے

بین فقراتی اقراص پر متوازن رہتے ہیں۔ رباطات ڈھیلا ہوتے ہیں اور مفصلی زائیدوں کی سطحیں ایک دوسری سے صرف تھوڑی ہی سی چھوتی ہیں۔ جب دیر تک سیدھے کھڑے ہونے سے عضلات میں خستگی نمودار ہونے کو ہوتی ہے تو کسب قدر گردش اور جانبی خم کر کے عمل میں لانے سے کسی حد تک آرام مل سکتا ہے۔ اس سے مفصلی زائید سے ایک دوسرے سے مضبوطی سے مل جاتے ہیں اور رباطات کسب قدر تنیدہ ہو جاتے ہیں اور کسی قدر انفعالی سہارا مل جاتا ہے۔ مثال کے طور پر درجہ کے بچے کچھ عرصہ تک سیدھا بیٹھ کر ایک بازو ڈیسک پر رکھ لیتے ہیں اور جسم کو بیاں تک گھما دیتے ہیں کہ فقرات کسی حد تک استواری سے مثبت ہو جاتے ہیں۔ اس وضع میں عضلات کو آرام مل جاتا ہے لیکن اگر اس وضع کو کثرت سے اختیار کیا جائے تو عضلات کا فعل کمزور ہو جاتا ہے، اور عمود فقری میں ایک جزوی التوا (partial scoliosis) مستقل طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔

675

التوا (scoliosis) - فقرات کے شوک جات قلیل التعداد اشخاص ہی میں نیچے تک عین سیدھے خط میں واقع ہوتے ہیں۔ ایک خفیف سا جانبی انحناء عام طور پر پایا جاتا ہے۔ اگر حوض ایک جانب کو مرک جائے جیسا کہ جوارح کے طول کے غیر مساوی ہونے کی حالت میں ہوتا ہے تو ایک تو بیضی جانبی خم پیدا ہو جاتا ہے۔ التوا (scoliosis) میں جانبی انحناء کے ساتھ فقرات کی گردش بھی اپائی جاتی ہے، ان کے شوکی زائیدے انحناء کے قعر کی طرف پھر جاتے ہیں، اور ان کے جسم اس کے انحداب کی طرف۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اکیلے شوکی زائید کی وضع کو خیال میں رکھنے سے اجسام فقرات کا جو انحراف منحنی جانب کی طرف کو ظاہر ہوتا ہے وہ ہمیشہ اس سے زیادہ ہوتا ہے۔ عام ترین خم وہ ہے جس کا انحداب دائیں جانب کو ہوتا ہے، اور چھوٹا تو بیضی خم قطنی خط میں یا شاید گردن میں مخالف سمت میں ہوتا ہے۔ پسلیوں میں ثانوی تغیرات واقع ہو جاتے ہیں جن سے دائیں جانب پر ان کے زائیدوں کے قریب ایک ابھار پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لئے کٹنی زائید بیجا طور پر نمایاں ہو جاتا ہے۔ سامنے کی طرف چھاتی کا بایاں حصہ نیچے کی پسلیوں میں زائید پیدا ہو جاتے اور ان کے ابھر آنے کی وجہ سے آگے کی طرف



نکل آتا ہے۔ یہ زائے ریمان کا مرض ہے، اور خاصکر لڑکیوں میں پایا جاتا ہے، اور اس کے ساتھ شوکی عضلات کی کمزوری بھی پائی جاتی ہے۔

ہر ایک فقرہ کے تین بریم ہوتے ہیں ایک موخر (شوکی زائندہ)، دو جانبی (مستعرض زائندے جو پسلیوں سے چسپیدہ ہوتے ہیں)۔ ناصبہ شوکیہ (erector spinæ) جانبی بریموں پر عمل کرتا ہے۔ عضلہ شوکیہ متعدد (multifidus spinæ) اور وہ عضلات جو جارجہ اعلیٰ کے لئے ہوتے ہیں موخر بریم پر عمل کرتے ہیں۔ مناسب

ورزشوں سے ان عضلات کی تربیت کرنے سے فقرات کو ان کی طبعی وضع پر از سر نو قائم کیا جاسکتا اور برقرار رکھا جاسکتا ہے۔ پسلیاں مضبوط ترین شوکی بریم ہیں۔ جو ورزشیں عمود فقری کے تشوہات کی اصلاح کے لئے مقرر کی جاتی ہیں ان میں اس امر کا خیال رکھنا چاہئے۔ تمام نفسی عضلات ضلعی بریموں کے ذریعہ سے عمود فقری پر بالواسطہ فعل کرتے ہیں۔ اس لئے نفسی ورزشیں وضعی نقص کے علاج کے لئے موزوں ہیں۔ ڈاکٹر ہالس ڈیلی (Dr. Halls Dally) نے ثابت کیا ہے کہ تنفس کے جملہ اقسام میں اور خاصکر زور زور سے سانس لینے میں شوکی حرکات ہمیشہ موجود ہوتے ہیں۔

676

عمود فقری کی موجیں (sprains of the vertebral column)۔ اس حصہ میں بہت سے جوڑوں اور رباطات کی موجودگی اور ان شدید حرکتوں کی وجہ سے جو اس میں پیدا ہو سکتی ہیں موجیں واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ مگر یہ ضررات زیادہ وسیع نہیں ہو سکتے کیونکہ فقرات فرداً فرداً اتنے قریبی طور پر جوڑے ہوتے ہیں کہ جو طاقت رباطات کی خفیف سی دریدگی پیدا کرنے کے علاوہ کوئی دوسرا ضرر پیدا کرنے کے لئے کافی ہو اس سے ان ہڈیوں کے کسر یا خلع کے پیدا ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ موجیں عمود فقری کے غنقی اور قطنی قطعات میں نہایت کثرت سے پائی جاتی ہیں۔ اس تخصیص مقام کا انحصار ان قطعات کی حرکت پذیری اور ان کے اس رجحان پر ہے جو ان میں اس چوٹ کو جو ان تک منتقل ہوتی ہے منشر کرنے اور اس لئے اسے زیادہ عمومی بنانے کی طرف ہوتا ہے۔ اس لئے یہ یاد رکھنا چاہئے کہ چوٹ جتنی مختص المقام ہوگی اس کے موج کی نسبت کسر یا خلع پیدا کرنے کا اتنا ہی زیادہ

امکان ہوگا۔

مزید برآں عنقی خط میں موج پیدا ہونے کا رجحان سر کے عمود فقری سے قریب ہا جڑے ہونے اور اس کی چوٹ کے شوک میں منتقل ہو جانے کے امکان سے بڑھ جاتا ہے۔ جب سے رنجن (Röntgen) کی شعاعوں کا استعمال ایسی چوٹوں کی تشخیص کے لئے رائج ہوا ہے اس سے یہ ظاہر ہو گیا ہے کہ بہت سے ایسے ضرات جن کو پہلے موجیں تصور کیا جاتا تھا، درحقیقت فقرہ کے جسم یا عصبی محراب (neural arch) کے کسور ہوتے ہیں۔

عمود فقری کی موجوں میں یہ ضروری نہیں کہ انکے ساتھ کدم (ecchymosis) کی خارجی علامات موجود ہوں، کیونکہ جلد اور عمود فقری کے درمیان نہ صرف عضلات کی بہت سی تہیں ہی حامل ہوتی ہیں بلکہ ردائے کثیف پھیلاؤ بھی موجود ہوتے ہیں۔ کمر کی موج میں اکثر بہت سادہ اور کڑا پن پایا جاتا ہے جو ضرر کے فوری اثرات کے گزر جانے کے بہت عرصہ بعد تک موجود رہتا ہے۔ اس قسم کی حالت کی اس امر پر غور کرنے سے توجہ ہو سکتی ہے کہ عمود فقری میں علیحدہ علیحدہ مفاصل کی بہت سی تعداد پائی جاتی ہے جن میں سے ہر ایک میں غضروف اور زلابی غشا اور کیسی رابطات موجود ہوتے ہیں۔

بعض واقعات میں یا پچوں قطنی فقرہ کے مستعرض زائیدے جسم ہوتے ہیں اور جب جسم کو جانبین پر حرکت دی جاتی ہے تو وہ عجز کے قاعدہ سے مل جاتے ہیں (تبعجز sacralization)۔ ایسی حرکتوں کے ساتھ بعض اوقات درد پایا جاتا ہے اور یہ حرکتیں عمود فقری کے قطنی خط کی کمزوری کی بعض صورتوں کا باعث بھی ہوتی ہیں (گولڈتھوائٹ: Goldthwaite)۔

عمود فقری کے کسور اور خلوع - عمود فقری کو جو چوٹ پہنچتی ہے اس کے اثرات میں اس کی عمومی لچک، اور اس کے غموں، اور اس کے متعدد علیحدہ علیحدہ قطعات سے مرکب ہونے کی وجہ سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ ہر ایک فقرہ ساتھ کئے اوپر کے یا نیچے کے فقرہ سے تین نقاط تماس پر ملتا ہے، یعنی جسم اور فی زوائید

جسم بن فقری قریب سے ایک دوسرے سے علحدہ ہوتے ہیں جو چوڑے کے اثرات کی ترمیم کرنے کے لئے ایک عمدہ کمافی یا حائلہ کا کام دیتا ہے مفصلی زوائد کم و بیش فائدہ مند ہوتے ہیں اور ایک کی پہلی کور دوسرے کے قاعدہ سے ملی ہوتی ہے۔ جب بھی کسی ایسی قوت کا اثر جس کا رجحان فقرات کو ایک دوسرے پر مضبوط کرنے کی طرف ہو عمود فقری پر پڑتا ہے تو دو فائلوں کے قاعدے ایک دوسرے سے زیادہ قریب ہو جاتے ہیں، اور اس طرح ضابطہ قوت کو زیادہ مزاحمت کا سامنا کرنا پڑتا ہے۔

عمود فقری کے وہ حصے جن کو ضرر پہنچنے کا سب سے زیادہ احتمال ہے مندرجہ ذیل ہیں:- (۱) اطلسی محوری (atlanto-axial) (۲) عنقی ظہری (cervico-dorsal) اور (۳) ظہری قطنی (dorso-lumbar)۔ اطلسی محوری خطہ کے حصوں میں نہ صرف معتد بہ حد تک حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ سر کی چوڑوں کی بہت سی قسمیں ان پر بہت بلا واسطہ اثر انداز بھی ہوتی ہیں۔ دوسرے دو خطوں سے یہ معلوم ہو جائے گا کہ شوک کا ایک لچکدار حصہ مقابلہ استوار قطعہ سے ملتا ہے۔ اور اس لئے جو قوت عمود فقری کے ان حصوں میں سے کسی ایک پر اثر کرتی ہے اسکے منتشر ہونے کی نسبت مرکز ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ قص (sternum) اور سپلیاں عمود فقری کے ظہری حصہ کے لئے جبرہ کا کام دیتی ہیں۔ میکا نیہ مذکور کی توضیح ایک طرح سے اس امر سے کی جاسکتی ہے کہ جب پھسل کر پڑنے کی نسبی ترخمتی ہے تو یہ عام طور پر کسی جوڑے کے قریب سے ٹوٹتی ہے، یعنی ایسے مقام پر جہاں نسی کا لچکدار حصہ کم لچکدار حصہ سے ملتا ہے۔ مزید برآں ظہری قطنی خطہ میں اگرچہ فقرات کو اتنا ہی وزن برداشت کرنا پڑتا ہے جتنا کہ صحتی قطنی خطہ کے فقرات کو مگر ان کی جسامت غیر متناسب طور پر چھوٹی ہوتی ہے۔ مزید برآں عمود فقری کے وسط کے قریب واقع ہونے کی وجہ سے یہ بیرسیت کی کسی زبردست مقدار سے تمام اطراف پر متاثر ہو سکتے ہیں۔

عمود فقری کی تمام چوڑوں کے خطرناک ہونے کا انحصار جبل کو ضرر پہنچنے کے خطرہ پر ہے جو عمود فقری کے اندر بند ہوتی ہے۔ اس پیچیدگی کی عدم موجودگی میں اس خطہ کے کسورا و خلوع بخوبی درست ہو جاتے ہیں۔ اور اگر مریض زندہ رہے تو

قبل الذکر فقرات تقریباً ہمیشہ آسانی سے ٹھیک ہو جاتے ہیں۔

فقراتی قنال کے اندر جل کا محل اور اس کے اغشیہ کی ترتیب وہ امور ہیں جو چوٹ کے تضرر سے بچنے کے لئے بہت سی سہولتیں پیدا کرتے ہیں۔ جب بعد میں جل کا ذکر کیا جائے گا تو ان پر بحث کی جائے گی۔ تاہم یہاں اس امر کا ذکر کیا جاسکتا ہے کہ فقرات کی بناوٹ اور ان کا باہمی تعلق ایسے خواص ہیں جو ان حالتوں میں بھی جب کہ یہ خود بہت بڑی حد تک ضرر رسیدہ ہوں جل کی بہت سی محافظت کرتے ہیں۔ ”عمود فقری کے مرکز میں واقع ہونے کی وجہ سے یہ (جل شوکی) ان قوتوں کے لحاظ سے جن سے کسر پیدا ہو سکتا ہے اثرنا پذیر محل پر واقع ہوتی ہے، کیونکہ یہ یکا نیت کا ایک قانون ہے کہ جب کوئی شہتیر (مثلاً عمارتی ٹکڑی کا) معرض شکست میں لایا جاتا ہے اور اس پر جو قوت اثر کرتی ہو وہ اس کی طاقت کے حدود سے زیادہ نہیں ہو تو اس کا ایک حصہ ضغط کی مزاحمت کرتا ہے اور دوسرا ذرات کی دریدگی کی اور تیسرا یعنی دوسرا کے درمیان کا ایک منفی حالت میں رہتا ہے“ (جیکبسن : Jacobson، ہولمس : Holmes کا ”نظام“)۔ اصل بات یہ ہے کہ عمود فقری کے کسور اکثر ایسی چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں جو عمود فقری کو آگے کی طرف کوجھکا دیتی ہے۔ ایسی حالت میں مقدم قطعہ پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے، اور موخر پر دریدگی کا اثر پڑتا ہے، اور وسطی اثرنا پذیر حالت میں رہتا ہے۔ جب عمود فقری کا بغور معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ معلوم ہوتا ہے کہ مقدم حصہ جو عظیم الحسامت شکیلی اجسام سے مرکب ہوتا ہے ضغط کے اثرات کو مزاحمت پیش کرنے کے لئے بخوبی متوافق ہوتا ہے، اور اس کے موخر حصے جو زیادہ چھوٹی اور زیادہ پیوستہ اجزاء ہڈیوں سے مرکب ہوتے ہیں اور بہت سے مضبوط رباطات سے گھیرے ہوتے ہیں دریدگی پیدا کرنے والی طاقت کی مزاحمت کرنے کے لئے بخوبی مرتب ہوتے ہیں۔ جل شوکی کے لئے جو ان دونوں حصوں کے درمیان واقع ہوتی ہے نہایت ہی کم خطرہ ہوتا ہے۔ فقرات میں کسر بغیر خلع کے واقع ہو سکتا ہے، لیکن خلع بغیر کسر کے شاذ و نادر ہی واقع ہوتا ہے۔

درحقیقت ایسا معلوم ہوتا ہے کہ عمود فقری کا خلع ہڈی کے کسر کے بغیر ظہری

یا قطنی خطوں میں واقع نہیں ہو سکتا۔ جیکبسن (Jacobson) اس مضمون میں جس کا حوالہ ہم نے اوپر دیا ہے لکھتا ہے کہ ”میں یہ صحیح سمجھتا ہوں کہ ان سالوں میں قطنی یا ظہری فقرات کے خلع کا کوئی ایسا مندرجہ اور مکمل طور پر مصدقہ واقعہ نہیں ملا جو فقری جسم کے یا مستعرض یا مفصلی زائندوں کے کسر کے بغیر ہو۔ مگر میں (سی۔ سی۔ چوائس) نے غالباً ایک نیم المثال واقعہ پر عمل کیا ہے جس میں دسویں اور گیارہویں ظہری فقرات کے درمیان خلع بغیر کسر کے واقع ہو گیا تھا۔ کچھ ہلندی سے ایک بھاری تھیلا جھکے ہوئے آدمی کے کندھوں پر گر گیا تھا اور جل پر دباؤ پڑنے کے علامات موجود تھے۔ عملیہ کرنے پر گیارہویں فقرہ کے بالائی مفصلی رچھے دسویں فقرہ کے ورقہ کے آگے واقع ہونے کے بجائے اس کی پشت پر پائے گئے۔ رباطات میں بہت سی دریدگی پائی گئی مگر کوئی کسر معلوم نہیں ہوا۔

بہر حال عمود فقری کے عنقی حصہ میں خلع بغیر کسر کے پایا جاتا ہے۔ جب کبھی ایسا ہوتا ہے تو پانچواں فقرہ ہی نہایت کثرت سے ماؤف ہوتا ہے جو اپنے اوپر کے بقیہ عمود فقری کے ساتھ آگے کی اور نیچے کی طرف ٹل جاتا ہے۔ خلع بالعموم دو جانبی اور غیر مکمل ہوتا ہے۔ اور سر کی اور عمود فقری کے بالائی حصہ کی آگے کی اور نیچے کی طرف کی جبری خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ جب یہ زیادہ اونچا واقع ہوتا ہے تو غیر وضعیت بلعوم میں سے استحان کرنے سے بخوبی محسوس کی جاسکتی ہے۔ بشکلی بعض اوقات خفیف سی ہوتی ہے اور شو کی ضرر نظر انداز کیا جاسکتا ہے۔ خلع کے لیول سے نیچے کا شلل بعض اوقات غیر مکمل ہوتا ہے جس سے عضدی ضغیرہ کو نقصان پہنچنے کی تشخیص کی جاسکتی ہے درآنحالیکہ ضرر حقیقتہً جل اور عمود میں پایا جاتا ہے (شیرن: Sherren) مکمل دو جانبی خلع میں جل بالعموم بہت بری طرح سے کھلی جاتی ہے۔ ان خلوع کی ترجیع جبری بسط کردگی سے کی جاسکتی ہے اگرچہ ایسی حالتیں جن میں یہ طریقہ کار قرین مصلحت ہوتا ہے نہ تو کثیر الوقوع ہیں اور نہ بہت نمایاں طور پر واضح ہی ہوتی ہیں۔

چونکہ شدید ضربات میں خلع اور کسر عام طور پر لکھٹے واقع ہوتے ہیں اس لئے ان نہرات کا ذکر کسری خلع (fracture-dislocation) کے عنوان کے تحت کیا جاتا ہے۔ یہ بعض اوقات بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں اور بعض اوقات بلا واسطہ سے۔

(۱) بالواسطہ ضرب سے پیدا شدہ چوئیں بے حد کثیر الوقوع ہیں۔ یہ کسرا یا عمود فقری کے محل ضرر سے اوپر آگے یا نیچے کی طرف بہت زور سے خمیدہ ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔ چنانچہ عمود غنقی اٹھلے پانی میں سر کے بل چھلانگ مارنے سے ایک سے زیادہ مرتبہ شکستہ ہو چکا ہے۔ یہ حادثہ جنگ عظیم کے پہلے موسم گرما میں خاص طور پر کثیر الوقوع تھے جبکہ زیر تربیت برطانوی سپاہی ایسے اٹھلے چٹھوں میں نہاتے تھے جن کے متعلق انھیں واقفیت نہیں ہوتی تھی۔ تمام واقعات میں خلع غنقی خطہ کے زبرین حصہ میں واقع ہوا جہاں عمود فقری کا لچکدار غنقی حصہ اس کے زیادہ استوار نظری قطعہ سے ملتا ہے۔ کئی ایک واقعات میں موت یہ پیش مرخص کو بے احتیاطی سے اٹھانے سے واقع ہوئی کیونکہ اس حالت میں جبل کا غنقی حصہ ایسی حرکتوں کے دوران میں جو بے احتیاطی سے کی گئیں غیر محفوظ اور ضرر کے لئے معرقتھا۔

گردن کی پشت پر بھاری ٹھیلانے سے عمود فقری کے حد سے زیادہ جھک جانے سے نظری فقرات کسور ہو چکے ہیں، اور اپنی جگہ سے ٹل چکے ہیں چوٹ کی یہ قسم غنقی اور بالائی نظری خطوں میں نہایت کثرت سے پائی گئی ہے۔ عمود فقری کے ان حصوں میں بہت سی حرکت پذیری پائی جاتی ہے۔ جن اجسام سے یہ حصے مرکب ہوتے ہیں ہڑے نہیں ہوتے اور سر پر چوٹ لگنے سے متاثر ہو جاتے ہیں۔ بخوبی نمایاں واقعہ میں ماؤف فقرات کی بقدر کچلے جاتے ہیں، اور جو بدشکلی عام طور پر واقع ہوتی ہے اس کا انحصار اوپر کے مرکز بیسنہ (centrum) کے نیچے کے مرکز بیسنہ پر نیچے کی اور آگے کی طرف پھسلنے پر ہوتا ہے۔ کوئی سے دو فقرات کی مکمل غیر وضعیت منور زوائد کے ایک دوسرے پر جم جانے کی وجہ سے باز رہتی ہے بعض واقعات میں خلع مکمل ہوتا ہے، اور یہ حالت عمود فقری کے قطنی حصہ میں نہایت ہی قلیل الوقوع ہے۔

غنقی اور نظری خطوں میں خلع کے بعد حصے اکثر اپنی طبعی وضع پر از سر نو قائم کئے جاسکتے ہیں۔ مگر مثلب میں ان کو اسلی وضع پر از سر نو لانا بالعموم ناممکن ہوتا ہے، کیونکہ بڑے بڑے مضبوط مفصلی زائیدے ایک دوسرے سے چوست ہو جاتے ہیں۔

گردن میں ورق جات اور شوکہ جات بعض اوقات کسور ہو جاتے ہیں مگر

مفصلی زائندے جو عریض اور تقریباً افقی ہوتے ہیں اس حالت میں بھی جبکہ حصوں میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہو چکا جاتے ہیں۔ عمود فقری کے ٹھہری حصہ میں ورقہ جات اور مفصلی زوائد غیر وضعیت واقع ہونے کی صورت میں ہمیشہ علحدہ ہو جاتے ہیں۔ ٹھہری حصہ میں مفصلی زوائد اکثر کمر سے بچ رہتے ہیں گو یہ ایک دوسرے سے بہت بری طرح سے دور ہٹ جاتے ہیں۔ تمام واقعات میں بین فقری اقراص کم و بیش دریدہ ہو جاتے ہیں اور فوقی شوکی اور بین شوکی اور کیسی رباطات اور زیر اصغری رباطات (ligamenta subflava) بھی پھٹ جاتے ہیں۔ جب اجسام بہت کچلے جاتے ہیں اور ایک دوسرے سے دور ہٹ جاتے ہیں تو مقدم اور موخر مشترک رباطات بالعموم مشق ہو جاتے ہیں۔

(ب) بلا واسطہ چوٹ سے جو کمری خلوع (fracture-dislocations) واقع ہوتے ہیں ان میں ضرر عمود فقری کے کسی حصہ پر بھی پایا جاسکتا ہے۔ کمر پر کسی قسم کی بلا واسطہ چوٹ لگنے پر عمود فقری چوٹ کے مقام پر پیچھے کی طرف جھک جاتا ہے۔ تضررات کی سائن الذکر قسم میں یہ معلوم ہو گیا ہوگا کہ فقرات کے مقدم قطعات پر ضغط اثر انداز ہوتا ہے اور موخر قطعات پر دریدگی اور انفصال اجزا کا اثر پڑتا ہے۔ بلا واسطہ چوٹ سے جو تضررات واقع ہوتے ہیں ان میں چوٹ کی حالت بالکس ہوتی ہے۔ موخر قطعات دب کر کچلے جاتے ہیں۔ اور فقرات کے اجسام جو عمود کے سامنے کی طرف واقع ہوتے ہیں علحدہ ہو جاتے ہیں۔

اس قسم کے حادثہ میں زیادہ غیر وضعیت بہت شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے۔ فقرات میں علحدگی پیدا کرنے کے لئے یہ ضروری ہے کہ چوٹ نہایت ہی شدید ہو اور عام طور پر ایسا ہوتا ہے کہ اسکی قوت شوکی قطعات کے موخر حصوں کے کچلنے ہی میں صرف ہو جاتی ہے۔ اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ بلا واسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات میں بالواسطہ چوٹ سے پیدا شدہ تضررات کی نسبت جبل کا تضرر قلیل الوقوع اور کم شدید ہوتا ہے۔

اطلسی محوری خطہ میں اطلس اور قذالی ہڈی بلا واسطہ چوٹ سے ایک دوسرے سے مخلوع ہو چکے ہیں، گو نہایت کثیر الوقوع ضرر قبل الذکر کا خلع ہے جو محور پر واقع ہوتا ہے اس ضرر کے ساتھ سینی زائندہ (odontoid process) کا کمر ہمیشہ نہیں مگر عام طور پر

پایا جاتا ہے۔ اٹلس کا مستعرض زائیدہ زائیدہ حلیہ اور جڑے کے درمیان محسوس کیا جاسکتا ہے جبکہ یہ طبعی وضع پر ہو (ای کارنر : E. Corner)۔

شوکی زائیدہ سے ایسے ضربات سے جو بخوبی مختل مقام ہوں، یا دفعتاً بار پڑنے سے، یا عضلی فعل سے پیدا شدہ انقباضات سے شکستہ ہو سکتے ہیں۔ عمود فقری کے عتقی خط کے زیرین حصہ کے نمایاں شوکے اور ظہری خط کے طول زائیدہ اکثر اس ضرر سے متاثر ہوتے ہیں۔ قطنی شوکے اتنی کثرت سے مکتور نہیں ہوتے کیونکہ یہ نسبتاً چھوٹے اور کمر کے عضلات سے بخوبی محفوظ ہوتے ہیں۔

جب تشخص میں مدد حاصل کرنے کے لئے لاشعاعوں کا استعمال شروع ہوا ہے یہ معلوم ہوا ہے کہ گرنے اور فوری عضلی جہد سے قطنی فقرات کے مستعرض زائیدہ کا کسر قلیل الوقوع نہیں۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہئے کہ ضلعی زائیدہ کا پہلے قطنی فقرہ سے چسپیدہ ہونا کوئی غیر معمولی امر نہیں۔ قطنی پسیلی (lumbar rib) — چنانچہ اسی صا سے مستعرض زائیدہ کے کسر سے مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ بہت زور لگانے میں مثلاً کمر پر بھاری بوجھ اٹھانے یا اٹھا کر لے جانے میں عضلہ خصریہ (psaos) اور عضلہ قطنیہ مربعہ (quadratus lumborum) قطنی فقرات کے مستعرض زائیدہ میں جن سے یہ چسپیدہ ہوتے ہیں بعض اوقات حقیقتہً کسر واقع کر دیتے ہیں۔

کسری خلع (fracture-dislocation) اور کیے کسری بعض حالتوں میں رتوں (laminæ) اور شوکی زائیدوں کا جزوی استیصال کیا گیا ہے (ورقہ برداری : laminectomy) اس طریقہ سے قتال شوکی آزادانہ طور پر کھولی جاسکتی ہے اور منسوب خون کو نکل جانے دیا ہے اور جبل دباؤ سے آزاد کی جاسکتی ہے۔ ورقہ 683 حتی الامکان مستعرض زائیدہ کے پاس سے کاٹے جاتے ہیں۔ اور لوچ دار زیر اصفری رباطات (ligamenta subflava) کو احتیاط سے کاٹنے کی ضرورت ہوتی ہے۔

عمود فقری تک وسطی شکاف میں سے رسائی کی جاتی ہے، اور بڑے بڑے عضلی تودے طرفین پر شوکی زائیدوں اور رتوں سے علیحدہ کر دئے جاتے ہیں۔ چونکہ



زخم تقریباً وسطی ہوتا ہے اس لئے جریان خون مضطرب نہیں ہوتا۔ وریدوں کا نظری شوکی  
ضغیرہ شوکوں کے ساتھ ساتھ اور درقوں کے اوپر واقع ہوتا ہے۔ ورقوں کی عمیق سطح  
پر موضعی شوکی وریدیں واقع ہوتی ہیں۔

یہ عملیہ ایسے شائل کے واقعات میں جو جبل پر اپنی جگہ سے ٹلی ہوئی ہڈی کا دباؤ  
پڑنے سے پیدا ہوا ہو، یا عمود فقری کی بوسیدگی (پاٹھ کے مرض: Pott's disease)  
میں جبل کے تدرنی اریکی بانٹ یا ارتشاحات سے دبنے سے نمودار ہوا ہو، کامیابی سے  
سراخام دیا جا چکا ہے۔ بہر حال یہ ضرور معلوم ہو جانا چاہئے کہ مونیوال ذکر قسم کے عارضہ  
میں از خود شفا یا ب ہو جانے کا رجحان پایا جاتا ہے۔

# باب بست و ہشتم

## جبل شوکی

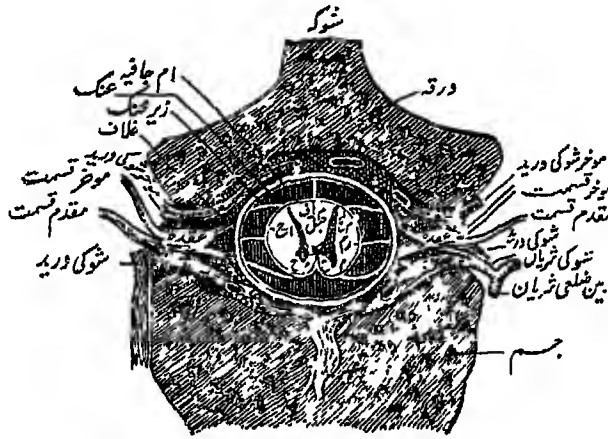
(THE SPINAL CORD)

جبل شوکی (spinal cord) بالغوں میں تقریباً ۱۸ انچ لمبی ہوتی ہے، اور سوراخ کبیر (foramen magnum) کے زیرین ماسٹوئید سے لیکر پہلے قطنی فقرہ کے جسم کی زیرین کور تک پھیلی ہوتی ہے۔ بعض حالتوں میں اور خاص کر بچوں اور لڑکوں میں یہ دوسرے بلکہ تیسرے قطنی فقرہ پر ختم ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں آخری گہری فقرہ پر۔ یہ بھی معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کی خمیدگی کے دوران میں جبل ذرا اوپر اٹھ جاتی ہے۔ جب جسم کو خمیدہ کیا جاتا ہے اور بازو باہر کی طرف کو پھیلا دئے جاتے ہیں تو اس کا قطنی حصہ ۱۰ میٹر اوپر اٹھ جاتا ہے۔ جنینی زندگی کے ابتدائی مہینوں میں تمام فقری قنال نخاع شوکی سے شروع سے لیکر اخیر تک پُر ہوتی ہے، لیکن تیسرے مہینے کے بعد قنال او قطنی اور عجزی اعصاب جبل کے مقابلہ میں اتنی تیزی سے بڑھتے ہیں کہ بوقت پیدائش یہ تیسرے قطنی فقرہ سے متجاوز نہیں ہوتی۔ یہ ظاہر ہے کہ چوڑوں کے سلسلہ میں یامر بہت مفید ثابت ہوتا ہے کہ جبل شوکی فقری ستون کے اس حصہ میں موجود نہیں ہوتی جو اسٹوڈ کے قاعدہ سے لاپٹا ہوا ہے، اور جس میں نہ صرف معتد بہ حرکت ہی واقع ہوتی ہے بلکہ

اس کے مروڑے جانے اور اس پر بار پڑنے کا بھی احتمال ہوتا ہے۔ ام جافیہ (dura mater) عنبکیوتیہ (arachnoid) اور دماغی نخاعی سیال کا اجتماع عجز کے تیسرے ٹکڑے تک پھیلے ہوئے ہیں (شکل ۱۶۰)۔ لہذا عمود فقری کی وہ چوٹیں جو اتنی نیچی لگیں جتنا نیچا کہ موخر الذکر مقام ہوتا ہے اس میں التهاب پیدا کرنے سے ہلک ثابت ہو سکتی ہیں۔

جبل ظہری خط میں ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۰ ملی میٹر اور مقدم موخر رخ میں ۸ ملی میٹر ہوتی ہے۔ غشی کلائی پانچویں اور چھٹے غشی فقرہ کے بالمقابل سب سے بڑی ہوتی ہے

685



شکل ۱۵۹۔ جبل شوکی، اغشیہ، اور شوکی قنال میں سے گزرتی ہوئی ترائش۔

م۔ ج۔ مقدم جوب کے مبداء پر۔ م۔ ج۔ موخر جوب کے مبداء پر۔ م۔ ف۔ موخر فاصل۔ ل۔ ج۔ ام۔ ج۔ م۔ ربا ط سن۔ عنبکیوتیہ (عنبک)، ام جافیہ اور زیر عنبکیوتی فضا ط ہر کی گئی ہے۔

جہاں اس کی پیمائش ایک جانب سے دوسری جانب تک ۱۳ ملی میٹر ہوتی ہے۔ قطنی کلائی کا سب سے بڑا حصہ بارہویں ظہری فقرہ کے مقابل ہوتا ہے جہاں اس کی جانبی پیمائش تقریباً ۱۲ ملی میٹر ہوتی ہے۔

شوکی ام جافیہ (spinal dura mater) مضبوط اور دبیر غشا ہوتی ہے

اور اس کے اور فقری قنال کی دیواروں کے درمیان ایک کافی عریض فضا پائی جاتی ہے جس میں ڈیصلی ڈیصلی فضا کی بافت اور ویدوں کا ایک ضغیرہ پایا جاتا ہے (شکل ۱۵۹)۔ یہ غشا لوجدار ہوتی ہے اور جب جمل کسی کچل دینے والی قوت سے مکمل طور پر کٹ جاتی ہے تو اس کو بعض اوقات ضرر نہیں پہنچتا۔ یہ باسانی سمجھ میں آ جائیگا کہ عمود فقری کو چوٹ لگنے سے اسحمیہ میں جو ضرر اور التهاب واقع ہوتا ہے وہ اس قسم کی ان پیچیدگیوں کی نسبت جو کمپری کی چوٹوں کے بعد پیدا ہوتی ہیں بہت قلیل الوقوع ہوتا ہے۔ نخاعی ام جافیہ کے ڈیصلے پر ہے، اور اس کے ہڈی کی چسپیدگی سے جو کہیں کہیں پائی جاتی ہے اور ضغیف سی ہوتی ہے آزاد ہونے سے، اور اس کے ارد گرد کی فضا سے، جس میں انصبابات محدود ہونے کے امکان کے بغیر پھیل سکتے ہیں، عمود فقری میں ان پیچیدگیوں کے نادر الوقوع ہونے کی توجیہ ہو جائے گی جو کمپری کے اندر ام جافیہ کے تسلسل میں ہڈی کے دب جانے اور پیپ اور خون کی وعابدریاں واقع ہونے سے پیدا ہوتی ہیں۔

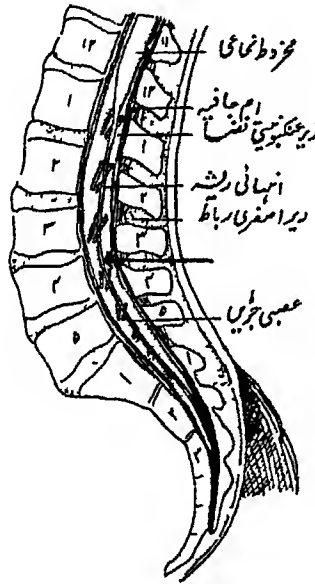
686

باریک دیواروں کی ویدوں کا وہ ضغیرہ جو اس غلاف اور ہڈیوں کے درمیان واقع ہوتا ہے بعض اوقات عمود کی چوٹ میں وسیع زلف کا منبع ثابت ہوتا ہے۔ جو خون اس طرح نکلتا ہے اس کا رجحان تجاذب سے قنال کے زیر ترین حصہ میں چلے جانے کی طرف ہوتا ہے۔ اور جب یہ کافی مقدار میں ہوتا ہے تو جمل نخاعی پر دباؤ پڑنے کے اثرات پیدا ہو جاتے ہیں۔

فقرات کی موخو جانب پر محرابوں کے اوپر عروق کا ایک ضغیرہ موجود ہوتا ہے (ظہری شوکی ویدیں) جو کمر کے عضلات اور اس کی پوششوں سے خون وصول کرتا ہے۔ یہ عروق زیر اصغری (subflava) رباطات میں سے گذر کر شوکی قنال کے اندر کے ویدی ضغیرہ سے ربط پیدا کرتے ہیں، اور اس ربط کے ذریعہ سے التهاب باہر سے جمل کے غلاف میں منتقل ہو سکتا ہے۔ چنانچہ نخاعی التهاب سبب (spinal meningitis) ان گہرے بتری قروح اور تفسیحی عوارض سے پیدا ہو چکا ہے جو شوکی ورقوں کے بالکل قریب واقع تھے۔

ام جافیہ میں کھوپری کے اندر دو فضاؤں ہوتی ہیں تحت جانی (subdural) اور زیر عنکبوتی (subarachnoid) (دیکھو صفحات 41 و 42)۔ چونکہ عنکبوتیہ (arachnoid) ام جافیہ سے قریبی طور پر ملا ہوتا ہے اس لئے تحت جانی فضا محض ایک فضا ہے بالقوہ ہوتی ہے۔ مگر زیر عنکبوتی فضا وسیع ہوتی ہے (شکل ۱۵۹ اور ۱۶۰) اور اس میں دماغی نخاعی سیال بھرا ہوتا ہے جو جبل کو گھیرے ہوتا ہے۔ یہ فضا دماغ کے

687



شکل ۱۶۰۔ عمود فقری کے زیریں حصہ کی عمودی تراش جو زیر عنکبوتی فضا کے محل اور اس کی وسعت کو ظاہر کرتی ہے۔  
تیر قطنی کچھ کے کے مقام کو ظاہر کرتا ہے۔

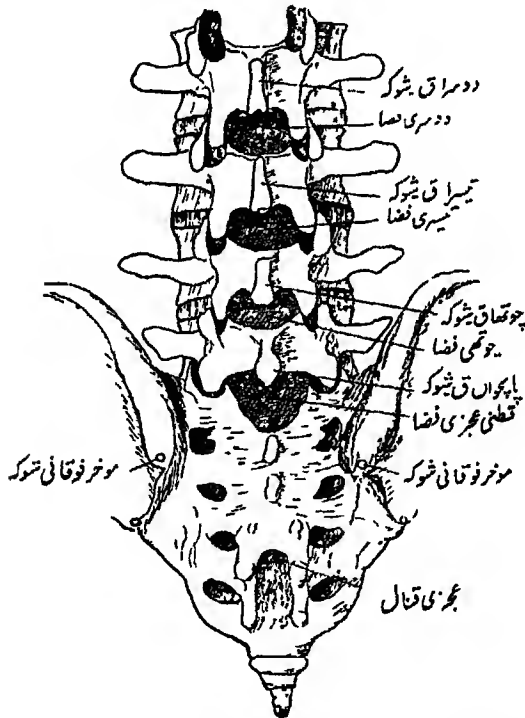
قاعدہ کی زیر عنکبوتی فضاؤں سے مسلسل ہوتی ہے (شکل ۱۱ صفحہ ۴۸)۔ اس کھلے ربط کے ذریعہ سے الہتابی حواض جبل سے دماغ تک آب سانی پھیل سکتے ہیں۔ ان فضاؤں میں

چوٹ لگنے پر بعض اوقات خون و مایہ در ہو جاتا ہے۔

غلافات کے کسی زخم سے کٹ جانے کی حالت میں دماغی نخاعی سیال (cerebro-spinal fluid) بڑی بڑی مقداروں میں بہ چکا ہے۔ اس سیال میں طبعی طور پر ۵.۵ فی صدی البیومن ہوتی ہے، لیکن اگر اغشیہ ملہتب ہوں تو اس کی مقدار اس سے دو گنا ہو جاتی ہے۔ بعض حالتوں میں اس سیال کا دباؤ اس قدر بڑھ جاتا ہے کہ اس سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ طبعی حالتوں میں یہ سیال کسی دباؤ کے زیر اثر بھی جو گرد و نواح کی وریدوں سے زیادہ ہو جذب ہو جاتا ہے (Hill : اہل)۔ لیٹنے کی حالت میں اس دباؤ کو پانی کا ۲ انچ لمبا کالم برداشت کرنا چاہئے۔ اور کھڑے ہوئی حالت میں ۶ تا ۸ انچ کا۔ ہر عضلی جہد پر جیسا کہ کھانسنے میں یا زفر کے لئے دفعۃً کوشش کرنے میں اردوں نخاعی وریدیں تسخ ہو جاتی ہیں اور دماغی شوکی دباؤ بڑھ جاتا ہے۔ مرض میں دباؤ طبعی دباؤ سے دس گنا زیادہ ہو جاتا ہے۔ اس دباؤ کو قطنی کچھو کے (lumbar puncture) سے کم کیا جاسکتا ہے جو ۶ تا ۸ سنٹی میٹر لمبی سوئی عمود فقری کے قطنی حصہ پر ذریعہ نکلتی فضا میں ٹھونکنے سے لگایا جاتا ہے۔ تیسرے اور چوتھے قطنی شوکوں کے درمیان عین خط وسطیٰ پر ایک نقطہ منتخب کر لیا جاتا ہے کیونکہ یہاں میان ورقی فضائیں عریض ترین ہوتی ہیں اور اس حالت میں جانی نقطہ منتخب کرنے کی نسبت عروق خون اور اعصاب کی جڑوں کو نقصان پہنچنے کا خطرہ کم ہوتا ہے۔ چونکہ قطنی شوک بآسانی شناخت کیا جاسکتا ہے۔ کیونکہ یہ حرقی عروق کے ہلنے ترین تھاٹ کے لیول پر واقع ہوتا ہے (شکل ۱۶۱)۔ جب عمود فقری کو آگے کی طرف جھکا دیا جاتا ہے تو بین ورقی فضا بہت زیادہ ہو جاتی ہے۔ لہذا مریض کو کروٹ والا کر خمیدہ کر دیا جاتا ہے۔ پھر اسے بٹھا کر آگے کی طرف کو جھکا دیا جاتا ہے۔ بمنزل کی نوک ناف کے رخ میں جھونک دی جاتی ہے (فلکٹ : Flack)۔ سوئی زیر اصغری رباط میں سے ورقوں کے درمیان سے گزر جاتی ہے۔ اگر دباؤ طبعی سے بہت کم ہو جائے تو تشنجات شروع ہو جاتے ہیں۔ اس لیول پر جیل نہ بھی نہیں ہو سکتی لیکن بعض اوقات سوئی زیرین عصبی جڑوں میں سے کسی ایک میں سے گزر جاتی ہے جس سے جارحہ اسفل کے عضلات میں جھٹکے شروع ہو جاتے ہیں۔

شوکی بے حسی درد (spinal analgesis) قطنی کچوکا (lumbar puncture) لگانے کے نقطہ پر زیر عنکبوتی فضا میں سٹوون (stovaine) یا اسکی متبائنس اشیا کا اثراب کرنے سے پیدا کی جاتی ہے۔ جب تک کہ مہزل نکالنے پر دماغی نغاعی پر یا فلکی میں سے آزادانہ طور پر نہ پہننے لگے اثراب نہ کرنا چاہئے۔ کیونکہ جب تک ایسا نہ ہوگا فلکی زیر عنکبوتی فضا میں نہ ہوگی۔ بالعموم ۲ تا ۳ ملکعب سنٹی لیٹر سیال نکالا جاتا ہے

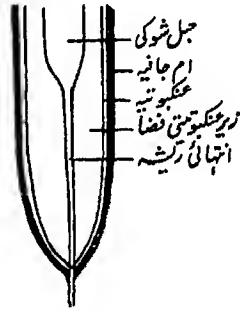
689



فصل ۱۶۱۔ قطنی میاں ورقی فضاؤں کی تصویر جو چوتھے قطنی شوک کے محل کو ظاہر کرتی ہے۔  
م۔ ف۔ ق۔۔ مخروفقانی شوک۔

اور اس کی جگہ سیال یا مصل کی اتنی ہی مقدار داخل کر دی جاتی ہے۔ دماغی ضغط کی حالتوں میں اگر سیال دفعۃً باہر نکال دیا جائے تو سوراخ کبیر میں نخاع مستطیل اور دماغ کے کاگ کی طرح ٹھس جانے کا خطرہ ہوتا ہے، اور اس طرح یہ مضبوط اور عذیم الدم ہو جاتے ہیں، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے۔ سیرباکر (Mr. Barker) نے اس امر کی طرف اشارہ کیا ہے کہ چیت لیٹنے کی حالت میں زیر عنکبوتی فضا کا زریعہ حصہ وسطی ظہری خط میں واقع ہوتا ہے۔ اور اس لئے اگر کوئی ایسا سیال جس کی کثافت اضافی دماغی نخاعی سیال کی کثافت اضافی (۱.۰۰۷) سے زیادہ ہو تو ظہری خط میں

690



شکل ۱۶۲۔ نخاعی مخروط، انتہائی ریشہ، اور شوکی اعشیہ کی ارتسامی انتصابی تراش۔

بدریغہ اشرب داخل کر دیا جائے تو اس کا رجحان بخاذب کے زیر اثر اسی حصہ میں جمع ہو جانے کی طرف ہوگا۔ مریض کے کندھوں کو اونچا اور نیچا کرنے سے معدم جس کے انتشار کی رفتار کو معتدبہ حد تک منظم کیا جاسکتا ہے۔ سٹوون (stovaine) کے اثرات سٹرکینین (strychnine) سے ملا کر بالائی ظہری اور عنقی خطوں میں بین ورقی فضاؤں میں سے کیئے گئے ہیں (جونیسکو، Jonnesco)، جن کے لئے عمود فقری کو ان کی زیادہ سے زیادہ بسط کردگی حاصل کرنے کے لئے جھکا دیا جاتا ہے مگر یہ طریق کار خطرناک ہے۔



جمل کا محل وقوع ایسا ہے کہ شکافِ فتنہ (incised) اور کچھ کے دُ (punctured) زخموں کی رسائی اس تک آسانی سے نہیں ہوتی۔ جن مقامات پر اس تک آسانی رسائی ہو سکتی ہے وہ صرف طلس اور قذال اور طلس اور محور کے درمیانی حصے ہیں۔ ان محلات پر جمل کے ہلکے زخموں کے پائے جانے کے کئی ایک واقعات درج کئے جا چکے ہیں۔ عمود فقری کے زیرین حصہ میں اگر زخم کا ایک خاص رخ ہو تو وہ نخاع شوکی تک پہنچ سکتا ہے۔ چنانچہ ایک واقعہ کی اطلاع دی گئی ہے جس میں ایک نوکدار چیز جو نیچے سے اوپر کی طرف کو داخل کی گئی تھی فویں اور دسویں ٹھہری فقرات کے درمیان قتال میں گھس گئی تھی۔

تلوار اور سنگین کے زخموں سے جمل کے زخمی ہونے کی کئی ایک مثالیں درج کی جا چکی ہیں۔ مگر ان مثالوں میں سے اکثر میں زخم کے ساتھ محافظہ ہڈی کا کوئی نہ کوئی کسر بھی موجود تھا۔ بندوق کی جدید نمونہ کی تیز رفتار گولیاں جمل شوکی میں داخل ہو کر نہ صرف انہی ساختوں کو جو اس کے عین راستہ میں واقع ہوتی ہیں بلکہ دور کے حصوں کو بھی بہت نقصان پہنچاتی ہیں۔ ایسی گولیاں جب دماغی نخاعی کہف میں۔ جو ایک بند کہف ہے۔ داخل ہوتی ہیں تو دھماکے کا سا اثر پیدا کرتی ہیں جس سے اس بند فضا میں نزفات پیدا ہو جاتے ہیں اور تمام حصے کوفتہ ہو جاتے ہیں۔

691

ام حنونہ (pia mater) جمل کے لئے ایک قوت رساں غلاف ہے۔ شریا قبل اسکے کہ اسکے جسم کو رسد پہنچانیکے لئے اس میں خل ہوں متفرع ہو جاتی ہیں۔ فقری، بین فلی، قطنی، حرقنی قطنی، اور جانبی عجری شریاں عصبی جڑوں کے ساتھ ساتھ شاخچے جیتی ہیں۔ ارتجاجِ جمل (concussion of the cord)۔ یہ بیان کیا گیا ہے کہ کمر کی بعض چوٹوں کے بعد علامات کا ایک سلسلہ جو عام طور پر شدید اور پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے نمودار ہوتا ہے۔ اور یہ جمل نخاعی کے ارتجاج یا اسکے ہل جانے (shaking) سے منسوب کیا جاتا ہے۔

ان چوٹوں سے یہ قیاس کیا جاتا ہے کہ جب جمل کو کوئی فوری صدمہ پہنچتا ہے تو اس میں چھوٹے چھوٹے نزفات واقع ہو جاتے ہیں جن سے اس کے فعل میں کم و بیش

شدید اختلال پیدا ہو جاتا ہے۔ اور اس حالت کا موازنہ ارتجاج دماغ سے کیا جا چکا ہے گو یہ ضرور تسلیم کرنا پڑے گا کہ ارتجاج جبل کی جو علامتیں اکثر تسلیم کی جاتی ہیں وہ خواص میں ان علامتوں سے زیادہ پیچیدہ ہوتی ہیں جو کسی ایسے عضو کے اسی قسم کے تضرعات میں جو اس سے زیادہ پیچیدہ ہو دیکھنے میں آتی ہیں۔

جبل شو کی اپنی عظمی قنال میں لٹکی ہوئی یا معلق ہوتی ہے، اور اس قنال کی دیواروں سے تمام اطراف پر ایک معتد بہ وقفہ سے علحدہ ہوتی ہے۔ یہ فی الحقیقت صرف ان عصبی تنوں کے ذریعہ سے جو اس میں سے بین فقری سوراخوں کے راستہ سے باہر نکلتے ہیں اور ان تعلقات کے ذریعہ سے جو غلافات کے ساتھ ہوتے ہیں، اپنے محل پر قائم رہتی ہے۔ اوپر کی طرف یہ دماغ کے اس حصہ سے ملی ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال کے کلاں ترین دروں مجموعی اجتماع پر واقع ہوتا ہے (صفحہ 42) اور اس سے یہ ظاہر ہوتا ہے کہ گھوہری میں دماغ کی جو شدید ترین حرکتیں ممکن ہو سکتی ہیں وہ جبل شو کی تک بہت کمزور ہو کر منتقل ہوتی ہیں۔ مزید برآں غلافات کے اندر جبل تمام اطراف پر ایک فضا سے گھری ہوتی ہے جو دماغی نخاعی سیال سے پر ہوتی ہے۔ اس لئے یہ سمجھنا مشکل ہے کہ ایک ساخت جو اتنی محفوظ ہے اس میں ایسے صدمہ سے جو جسم کو پہنچا ہو کس طرح اتنا شدید خلل پیدا ہو سکتا ہے کہ اس میں شدید اور ترقی یافتہ ظاہر ہو جاتا ہے۔ جبل درحقیقت کسی حد تک ایک سُرَفہ (caterpillar) کی طرح ہے جو بانی کے چھوٹے سے شیشہ میں تاگے سے لٹکا ہو۔ اس قسم کے کیڑے کے اندرونی نظام میں بہت شدید چوٹ کے علاوہ کسی دوسری چوٹ سے مستقل طور پر خلل پیدا کرنا (خواہ اس کی ساخت اتنی اولیٰ و اعلیٰ ہی کیوں نہ ہو جتنی کہ جبل کی ہوتی ہے) شاید مشکل ہے۔

**جبل کے تضرعات**۔ عمود فقری کے کسور اور خلوع کے خطرناک ہونے کا انحصار اس تضرع کی مقدار پر ہے جو جبل کو پہنچا ہو۔ ان حادثات میں مضروب فقرہ کا کچھ حصہ اکثر نخاعی قنال میں تطیل کر آتا ہے جس سے اس کے اندر کے نازک عصبی مرکز پر دباؤ پڑتا ہے یا وہ کچلا جاتا ہے۔

یہ کہنا بے سود ہے کہ جمل نہایت ہی نرم ہوتی ہے اور اس لئے ایسا بھی ہوتا ہے کہ یہ چوٹ سے اغشیہ کو محسوس طور پر نقصان پہنچنے کے بغیر مکمل طور پر ٹوٹ جائے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ کسری خلوع میں غلاف کی دریدگی غیر معمولی ہوتی ہے۔ اور جمل کا کسی ایک مقام پر متناظر اغشیہ کی دریدگی کے بغیر مکمل طور پر کھلا جانا ناممکن ہے۔

اس میں کچھ شبہ نہیں کہ جمل کو جو نقصان پہنچتا ہے وہ حادثہ کی شدت کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ لیکن دوسرے امور کے مساوی ہونے کی حالت میں جمل، عنقی اور ظہری قطعات کے کسری خلوع میں قطنی قطعہ کے اسی قسم کے ضرات کی نسبت زیادہ شدید طور پر نقصان رسید پائی جائے گی۔ طلسمی محوری خطہ میں ان دونوں ہڈیوں کے ایک دوسرے سے مخلوع ہونے کی حالت میں غیر وضعیت کی جو مقدار ظاہر ہوتی ہے اس سے جمل قاعدہ شدید طور پر کھلی جاتی ہے، اور موت فوراً واقع ہو جاتی ہے جیسا کہ ان واقعات میں دیکھنے میں آتا ہے جن میں موت پھانسی سے واقع ہوئی ہو۔ ستون کے عنقی اور بالائی ظہری قطعات میں فقرات کے اجسام چھوٹے ہوتے ہیں، عمود فقری حرکت پذیر ہوتا ہے، اور ان حصوں میں جو کسور پائے جاتے ہیں وہ بالعموم بالواسطہ چوٹ سے پیدا ہوتے ہیں، اور ان میں بہت سی غیر وضعیت پائی جاتی ہے۔ مزید برآں ظہری خطہ کے زیرین حصہ میں عمود فقری کی نسبتاً زیادہ اتواری کی وجہ سے غیر وضعیت کے (جب کبھی بھی یہ واقع ہوتی ہے) معذبہ ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ بخلاف اس کے یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ قطنی خطہ میں جمل صرف پہلے فقرہ کے زیرین کنارہ تک ہی پہنچتی ہے۔ نیز فقرات کے اجسام اس خطہ میں بہت بڑے اور شکنگی ہوتے ہیں اور غیر وضعیت کی متناظر مقدار کے بغیر ایک بہت بڑی حد تک کچلے جاسکتے ہیں۔ نیز یہ حصہ بڑے بڑے درول فقری اقراص اور عضلات کے بڑے بڑے تودوں سے جو عمود کے ارد گرد صلب میں واقع ہوتے ہیں بخوبی محفوظ ہوتا ہے۔ جمل شوکی کا یہ حصہ جو قطنی خطہ تک چلا آتا ہے ذنب الفرس (cauda equina) کے بہت سے اجال کی وجہ سے بھی جن کا رجحان اپنے ڈھیلے پن اور اضافی لوچ کی وجہ سے چوٹ کو اقل بنانے کی طرف ہوتا ہے محفوظ رہتا ہے۔

ہڈی کی غیر وضعیت کی وہ مقدار جس سے دباؤ کے اثرات پیدا ہو سکتے ہیں اکثر اس مقدار سے زیادہ ہوتی ہے جو فرض کی جا سکتی ہے۔ امتحانات بعد الموت پر ایسے واقعات میں بھی جن میں جل کو نقصان پہنچنے کی کوئی شہادتیں دوران زندگی میں موجود نہیں تھیں ضرر سرکہ فقرات کے حصے شو کی قنال میں معتد بہ حد تک مداخلت کرتے ہوئے پائے گئے ہیں۔ جس حیرت انگیز طریقہ سے جل آہستہ آہستہ بڑھنے والے دباؤ سے موافقت پیدا کر لیتی ہے وہ اکثر عمود فقری کے مزین عظمی امراض میں دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ظاہر ہے کہ جو علامات شو کی قنال کے اندر کی جل اور اعصاب کو نقصان پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں ان کا انحصار ضرر کے محل اور اس کی وسعت پر ہوگا۔ ضرر کے محل کی تشخیص ان تعلقات کی وجہ سے جو اعصاب کو مختلف فقرات سے ہوتے ہیں اور نیز اس امر سے پیچیدہ ہو جاتی ہے کہ بہت سے بڑے بڑے اجبال ان مقامات کے اوپر سے پیدا ہوتے ہیں جن پر یہ فقری قنال میں سے نکلتے ہیں۔ دونوں بلند ترین اعصاب یعنی پہلا اور دوسرا عنقی عصب جل سے پیدا ہو کر باہر نکلنے کے مقامات تک تقریباً افقی ہوتے ہیں۔ بقیہ اعصاب کا رخ کم و بیش ترجحاً ہوتا ہے، حتیٰ کہ زیر ترین عصبی تنے اپنے اپنے بن فقری سوراخوں تک تقریباً انقباضی رخ میں جاتے ہیں۔

694

**قنال فقری میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات** پہلا عنقی عصب قنال میں سے پہلے عنقی فقرہ کے اوپر سے نکلتا ہے۔ مزید برآں بقیہ عنقی تنے بھی جن فقرات کے نام سے موسوم کئے جا سکتے ہیں ان کے اوپر سے نکلتے ہیں۔ اور آٹھواں عنقی عصب قنال میں سے آخری عنقی اور پہلے نہری فقرہ کے درمیان سے نکلتا ہے۔ نہری قطنی اور عجری اعصاب کا مقام خروج ان فقرات کے نیچے ہوتا ہے جن کے نام سے نیوب کئے جاتے ہیں۔ چنانچہ پہلا نہری عصب پہلا اور دوسرے نہری فقرات کے درمیانی سوراخ سے گزرتا ہے، علیٰ ہذا القیاس۔

جل سے پیدا ہونے کے مقامات

پہلا عنقی عصب جل میں سے اس وقفہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے جو ٹالس اور

قذال کے درمیان ہوتا ہے۔

دوسرے اور تیسرے غنقی اعصاب جل سے محور کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھے، پانچویں، چھٹے، ساتویں، اور آٹھویں غنقی اعصاب جل میں سے علی الترتیب تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، اور ساتویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے چار نلہری اعصاب جل سے ان اقراص کے مقابل پیدا ہوتے ہیں جو علی الترتیب ساتویں غنقی اور پہلے دوسرے اور تیسرے نلہری فقرات کے نیچے ہوتے ہیں۔

پانچویں اور چھٹے نلہری اعصاب جل سے چوتھے اور پانچویں فقرات کے نیچے کے کناروں کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

بقیہ چھ نلہری اعصاب جل سے چھٹے، ساتویں، آٹھویں، نویں، دسویں اور گیارہویں فقرات کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔

پہلے تین قطنی فقرات جل سے بارہویں نلہری فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتے ہیں۔ چوتھا قطنی عصب جل سے بارہویں نلہری اور پہلے قطنی فقرات کے درمیان کے قوس کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

آخری قطنی عصب معہ عجزی اور عصصی اعصاب کے جل سے پہلے قطنی فقرہ کے بالمقابل پیدا ہوتا ہے۔

لہذا یہ معلوم ہو جانا چاہئے کہ عمود فقری کے تمام عصبی مشمولات کے کسی خاص مقام پر کچلے جانے سے جو علامات پیدا ہوتے ہیں ان کا مشاہدہ کرتے وقت نہ صرف انہی اثرات کا خیال رکھنا چاہئے جو نخاع (medulla) کو ضرر پہنچنے سے پیدا ہوتے ہیں بلکہ ان نتائج کا بھی خیال رکھنا چاہئے جو عصبی تنوں کی (جو وہاں سے نکلتے ہیں) دریدگی سے پیدا ہوتے ہیں گو ان کے مبادی محل ضرر سے اوپر ہی ہوتے ہیں۔ مزید برآں جل کے صرف کچھ حصہ ہی کو اکثر ضرر پہنچتا ہے، اور بعض اوقات یہ بالکل بچ بھی جاتی ہے اور ایک یا زائد اعصاب کمزور فقر یا ہڈی کے ان ٹکڑوں سے جو ضرر کی وجہ سے علحدہ ہو جاتے ہیں کچلے جاتے ہیں۔

کسری خلوع (fracture-dislocations) میں اوپر کے فقرہ کا جسم جب ایک ہی بیان کیا جا چکا ہے بالعموم آگے کی طرف کو پھسل جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قبل کے مقدم اور مقدم جانبی حصے محل ضرر کے نیچے کے فقرہ کے تظلیل کنارہ کے ساتھ شدت سے متماکس ہو جاتے ہیں۔

جبل کے یہی حصے ہیں جن میں سے بڑے بڑے حرکی خطے گذرتے ہیں۔ اور اسی لئے اکثر ایسا ہوتا ہے کہ چوٹ کے محل سے نیچے کے حصوں میں جس کی نسبت حرکت کا فقدان زیادہ کثرت سے پایا جاتا ہے۔ اگر جزوی حرکی تشلل واقع ہوا ہو تو قبل الذکر فعل کے غلل کے موخر الذکر کی نسبت زیادہ وسیع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ یہ ایک واقعہ ہے کہ جس کا فقدان حرکت کی قوتوں میں کچھ نہ کچھ غلل واقع ہونے کے بغیر کسی حالت میں نہیں پایا گیا۔ اگر جبل کے رمادی مادہ کو بہت شدید نقصان نہ پہنچا ہو تو وہ معکوس حرکتیں جو جبل کے اس قطعہ سے متعلق ہوتی ہیں مناسب ہیجان سے تشلول حصوں میں بالعموم پیدا کی جاسکتی ہیں۔ اگر یہ معکوس حرکتیں غائب ہو جائیں تو یہ نتیجہ نکالا جاسکتا ہے کہ رمادی مادہ شکستہ ہو چکا ہے اور تمام جبل شو کی ضرر کے محل پر گھلی جا چکی ہے۔

عمود فقری میں کس جتنا اوپر کی طرف ہو گا فعل تنفس میں اتنا ہی زیادہ غلل واقع ہونے کا امکان ہو گا۔ اگر ضرر عمود فقری کے نلہری حصہ کے بالائی تیسرے پر ہو تو نہ صرف شکمی عضلات ہی مشلول ہوتے ہیں بلکہ تمام بین ضلعی عضلات میں بھی تشلل نمودار ہو جاتا ہے۔ جب ایسا کس جس میں جبل کو نقصان پہنچا ہو چوتھے عنقی فقرہ سے اوپر واقع ہو تو وہ فوراً ہلک ثابت ہوتا ہے۔ ڈایا فرامی عصب کا زیادہ تر حصہ چوتھے عنقی عصب سے نکلتا ہے اور تیسرے اور پانچویں عصب سے بھی اس کا کچھ حصہ بنتا ہے۔ چوتھا عصب چوتھے عنقی فقرہ کے عین اوپر سے نکلتا ہے۔ اگر جبل کو اس مقام سے عین نیچے کوئی نقصان پہنچ جائے تو مریض صرف ڈایا فرام ہی سے سس لے سکتا ہے۔ اور اگر ضرر اتنا بلند واقع ہو کہ ڈایا فرامی عصب کا بڑا جزو تباہ ہو جائے تو ہر قسم کا تنفس نامکن ہو جاتا ہے۔

**تبول کا عصبی میکا نیہ**۔ حوضی اعصاب جن کا زیادہ تر تعلق تبول سے ہے جبل شو کی کے زیرین مجزی خط سے نکلتے ہیں۔ اس سے یہ نتیجہ حاصل ہوتا ہے کہ

جس شوکی کے مستعداً مکمل طور پر کچلے جانے سے احتباس بول پیدا ہو جائیگا خواہ چوٹ کا لیول کچھ بھی ہو۔ اگر چند دن کے اندر اندر موت واقع نہ ہو تو احتباس کا نتیجہ بیش بہا ہوتا ہے۔ اگر تضرر مجری خطہ کے زیرین حصہ سے اوپر ہو جس سے کہ حیاتی عصب (pudic nerve) کے نواتات متاثر نہ ہوئے ہوں تو کئی ایک ہفتوں یا مہینوں کے گزرنے پر احتباس اور بیش بہاؤ کے بعد خود رو تبول (automatic micturition) پیدا ہو جاتا ہے۔ اس درجہ میں پیشاب بیک وقت کافی عرصہ تک رکھا رہتا ہے، اور بڑے بڑے کے دار فواروں کی شکل میں وقتاً فوقتاً خارج ہوتا رہتا ہے، اور مریض اس سے بے علم ہوتا ہے۔ یہ دے دا فوارے عجائی خطہ کی جلد کو چھونے یا کسی ایسی چیز سے جو موخو مجری بول میں (جو اس قسم کے ضربات کے بعد پیشاب سے پڑتا ہے) دباؤ کو بڑھا دے مثلاً لیٹنے کے بعد اٹھ کر کھڑا ہونے سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ اس درجہ میں بول باقی کی معتدبہ اور اکثر ایک بڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ آدمی میں اس درجہ کے مظاہر شانہ کی موجودہ یا سابق الوجود شدید سرائت کی وجہ سے جس سے اس کی گنجائش اس کی دیواروں کی صرف لچک ہی کے غائب ہو جانے سے کم ہو جاتی ہے اکثر مخفی رہتے ہیں۔ مگر ایسے واقعات میں بھی ہر ایک ”تبول“ پر کئے ہوئے پیشاب کے حجم کے مقابلہ میں بول باقی کی مقدار معتدبہ ہوتی ہے گو اس کا حقیقی حجم قطعی آدمی میں ناقابل التفات ہوتا ہے۔ دوسرے پستانوں میں جن میں شوکی مجبوری تراش کے بعد بولی سرائت بالعموم واقع نہیں ہوتی ”خود رو تبول“ (automatic micturition) کے وقوع کے ساتھ مجری بول کو بند کرنے والے میکا نیہ کا (جو شوکی مجبوری تراش والے پستانوں میں ضما غطیہ مجری بول compressor urethrae ہوتا ہے) مترقی نقصان تنش دیکھا جاسکتا ہے۔ جب خود رو تبول قائم ہو جائے تو نکلنے ہوئے پیشاب کے فواروں کی لے وہی دکھائی دیتی ہے جو عجائی عضلات کے مرئی متوازن انقباضات کی ہوتی ہے۔ لہذا یہ ظاہر ہوتا ہے کہ خود رو تبول کا انحصار ضما غطیہ مجری بول (compressor urethrae) کے متوازن طور پر ڈھیلے ہونے پر ہوتا ہے اور مثلاً نہ کے انقباضات پر نہیں ہوتا۔ ضما غطیہ مجری بول کے متوازن انقباضات جس شوکی کی مجبوری تراش کے ساتھ ہی واقع ہونے لگتے ہیں، مگر اس کی تنش کے کم ہو جانے کے بعد ہی صرف

ایسا ہوتا ہے کہ اسکے متوازن انقباضات مجری بول کی مزاحمت میں وہ مطلوبہ تغیر پیدا کر دیتے ہیں جس سے میان مثانی دباؤ سے بخوبی نمایاں فوارے پیدا ہونا شروع ہو جاتے ہیں (بیرنگٹن : Barrington)۔

اگر جمل اتنی نیچے کھلی جائے کہ حیائی اعصاب (pudic nerves) کے نواتا ماؤف ہو جائیں یا بذرنب الفرس (cauda equina) پر سے کھلی جائے تو خود رتبہ (automatic micturition) واقع نہیں ہوتا، گو مثانہ کا حجم کسی ایسے طریقہ سے جو سمجھ میں نہیں آتا وقتاً فوقتاً بدلتا رہتا ہے۔

تیسرے (defaecation) کے فعل میں بھی خلل واقع ہونے کا احتمال ہوتا ہے۔ اس کے لئے قطنی کلافانی میں ایک معکوس مرکز ہوتا ہے جس کو حرکی اور حسی اعصاب نیچے کی طرف معائے مستقیم اور اس کے عضلات سے ملاتے ہیں۔ نیز اس مرکز اور دماغ کے درمیان ایسے خطے ہیں جن کے متعلق زیادہ علم نہیں، اور جن کے ذریعے سے قناعی افعال سرانجام دے جاسکتے ہیں۔ ادنی جانوروں میں ان معکوس مراکز پر دماغ کا غیر مکمل قابو ہوتا ہے۔ مگر ان میں بھی یہ قابو تربیت سے پیدا کیا جاسکتا ہے۔

جب خود مرکز کو ضرر پہنچ جاتا ہے یا وہ تعلق منقطع ہو جاتا ہے جو اس کو خضائے مذکور سے ملاتا ہے تو مریض کو سلس البراز (incontinence of faeces) کی تکلیف ہو جاتی ہے، اور وہ اس فعل کو کسی طرح قابو میں نہیں رکھ سکتا۔ جب جمل کو کسی معکوس مرکز اور دماغ کے درمیان نقصان پہنچ جاتا ہے تو تیز کا فعل منظم اوقاف پر ہوتا ہے۔ اور مریض کو اس فعل کی خبر نہیں ہوتی، اور وہ اس کے اقتناع پر قابو نہیں ہوتا۔

عنقی جمل کے بعض تضرعات میں حادثہ کے بعد مریض کو کچھ عرصہ کے لئے شدید تشنگی کی شکایت ہو چکی ہے، یا قلب کے فعل میں معتد بہ تغیر واقع ہو چکا ہے۔ مثال کے طور پر ایریسن (Erichsen) ایک آدمی کا واقعہ بیان کرتا ہے جس کو عنقی شوکہ پر شد بد چوٹ لگنے کے بعد ہر روز کئی ایک مہینے تک غے آتی رہی۔ واقعات کے ایک دوسرے گروہ میں ایسی مثالیں درج کی جا چکی ہیں جن میں نبض عمود فقری کے عنقی حصہ کے تضرعات کے بعد ۴۸ سے بھی کم ہو گئی تھی بلکہ ۳۶ یا ۲۰ ہی رہ گئی تھی۔



یہ یاد رکھنا چاہئے کہ معین تنا (accessory trunk) جمل میں سے اتنا نیچے سے نکلتا ہے جتنا نیچے کہ چھٹے یا ساتویں منقعی اعصاب ہوتے ہیں۔ شوکر جمل کے اندر کے مراکز کے محلات کے متعلق جو جلد کے رقبہ جات، عضلات، اور اعضاء کے گروہوں سے تعلق رکھتے ہیں شکم اور جوارح کی عصبی رمدوں کے ذکر میں کچھ تفصیلات دے جا چکے ہیں (دیکھو صفحہ 390 اور اس کے بعد کے صفحات اور صفحہ 671)۔

شوکر مشقوقہ (spina bifida)۔ یہ اصطلاح فقری قنال کے بعض خلقی تشوہات کو ظاہر کرتی ہے جن میں اس کے بعض مشمولات سیال سلعہ کی شکل میں بروز کراتے ہیں۔ یہ تشوہ عام طور پر بعض فقرات کی عصبی محرابوں اور ان کے شوکوں کے فقدان پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس لئے سلعہ پیچھے کی طرف کو ابھرتا ہے۔ شوکر مشقوقہ قطنی عجزی خطہ میں نہایت کثرت سے واقع ہوتا ہے جبکہ آخری قطنی فقرہ اور تمام عجزی فقرات کی عصبی محرابیں غائب ہوتی ہیں۔ دوران نموم عصبی محرابیں پہلے ٹھہری خطہ میں بند ہوتی ہیں، اور آخر میں قطنی عجزی خطہ میں۔ کثرت وقوع کے لحاظ سے اس کے بعد یہ عجزی خطہ میں پایا جاتا ہے۔ دوسرے مقامات پر یہ نادر الوقوع ہے۔ (۱) بعض اوقات اغشیہ کیلے ہی بروز کرتے ہیں (شوکر سحائی قبیلہ: spinal meningocele) (۲) بعض اوقات اغشیہ مبل شوکر اور اس کے اعصاب کے ساتھ بروز کرتے ہیں (سحائی لیبی قبیلہ: meningo-myelocoele) (۳) بعض اوقات اغشیہ جمل کے ساتھ بروز کرتے ہیں جس کی مرکزی قنال اس طرح تنسح ہوتی ہے کہ اس کا ایک تاجہ نما کہنہ بن جاتا ہے (کہنئی لیبی قبیلہ: syringo-myelocoele)۔

سحائی لیبی قبیلہ (meningo-myelocoele) عام ترین قسم ہے۔ اول الذکر قسم شاذ و نادر ہی پائی جاتی ہے اور آخر الذکر بہت ہی نادر الوقوع ہے۔ جو سیال تاجہ کو تنسح کرتا ہے وہ دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے، اور وہ جمل اور دماغ کے اس نظام کے ساتھ مسلسل ہوتا ہے۔ جب سیال کو مضبوط کیا جاتا ہے تو یہ دماغ کے قاعدہ پرگی زیر عکبوتی فضاؤں میں چلا جاتا ہے اور دماغ اوپر کی طرف کو اٹھ کر مقدم یا فوخ کے ساتھ جا ملتا ہے جہاں اس کا تصادم محسوس کیا جاتا ہے۔ جب بچہ روتا ہے تو یہ سلعہ

کلافی یافتہ اور تنیدہ ہو جاتا ہے۔ دماغی اور شوکی وریروں کا تمدد سیال کو اقل مزاجت کی سمت میں دھکیل دیتا ہے۔ تاچہ کی ریوار (۱) اغشیہ (۲) جلد، اور (۳) ایک متوسط غشا سے بنتی ہے جو اس عصبی ورقہ کی تناظر ہوتی ہے جو چپٹا رہ جاتا ہے اور بند نہیں ہوتا، اور جبل نخاعی کے قطنی حصہ کا قائم مقام ہوتا ہے اور جس سے اعصاب چسپیدہ ہوتے ہیں۔ اسی لئے شوکر مشقوقہ (spina bifida) میں عام طور پر کم و بیش شلل اور عدم حیثیت بھی موجود ہوتی ہے، اور ساتھ ہی جوارح اسفل اور عجان کا تشوہ بھی پایا جاتا ہے۔ یہ نقص نمو کے ایک نہایت ہی ابتدائی درجہ میں پیدا ہوتا ہے۔ اور اس لئے سلعہ کے خط میں جبل یا اعصاب کا کچھ حصہ یا تو غائب ہوتا ہے یا ناقص طور پر نمویافتہ ہوتا ہے۔ بعض حالتوں میں عصبی عارضہ شدید درجہ کے گرزبا (club-foot) کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ اور بعض میں جوارح اسفل اور مثانہ اور معائے منتستقیم کا کم و بیش مکمل شلل پایا جاتا ہے۔



# صحت نامہ

| صفحہ       | غلط        | صفحہ | صفحہ | صفحہ              | غلط               | صفحہ | صفحہ |
|------------|------------|------|------|-------------------|-------------------|------|------|
| ہوتی       | ہوتی       | ۱۰   | ۴۳۹  | (erectors         | erector           | ۲    | ۳۸۲  |
| کبیر       | اکبر       | ۱۰   | ۴۶۰  | — زیرین حصہ       | زیرین حصہ         | ۳    | ۳۸۶  |
| یا         | با         | ۱    | ۴۸۳  | ضرر               | ضرر               | ۲۰   | ۳۸۷  |
| prenephric | prenepheic | ۱۳   | ۴۸۸  | طرف کو            | طرف کو            | ۴    | ۳۸۹  |
| منفرد      | منفرد      | ۱۰   | ۴۹۵  | متعلق درو         | متعلق عدد         | ۵    | ۳۹۳  |
| ہیں۔       | ہے۔        | ۱۷   | ۵۰۹  | ہیں۔              | میں۔              | ۱۱   | ۳۹۷  |
| صفاتی      | صفاتی      | ۱۳   | ۵۱۹  | اعصاب             | اعصاب۔            | ۳    | ۳۹۸  |
| عائہ       | عائین      | ۱۷   | ۵۲۲  | وتر متحدہ         | وتر متحدہ کہ      | ۱۷   | ۴۰۰  |
| اثرات      | اثرات      | ۷    | ۵۲۸  | لیجایا جاسکتا ہے۔ | لیجایا جاسکتا ہے۔ | ۹    | ۴۱۲  |
| کی منفعت   | کا استعمال | ۸    | ۵۳۱  | (W. A. E.         | W. A. E.          | ۱۸   | ۴۱۵  |
| گروہ       | گروہ       | ۲۱   | ۵۳۹  | Dunbari           | Dunbar)           | ۴    | ۴۲۲  |
| منحرجی     | کلوکی      | ۲۱   | ۵۴۰  | پہنچتا ہے۔        | پہنچتا ہے۔        | ۶    | ۴۲۷  |
| دروں بالید | دروں بالید | ۱۳   | ۵۴۰  | چلے جاتے ہیں      | چلا جاتا ہے       | ۲    | ۴۲۸  |

| صحیح           | غلط            | صحیح   | غلط | صحیح          | غلط           | صحیح  | غلط |
|----------------|----------------|--------|-----|---------------|---------------|-------|-----|
| Achillis       | Achillis       | ۱۲     | ۶۶۱ | ہوتی ہے۔      | سے ہوتی ہے۔   | ۲۰    | ۵۴۳ |
| Achillis       | Archillis      | ۱۵     | ۶۶۴ | نہیں۔         | ہیں۔          | ۲۱    | ۵۴۴ |
| کرتا ہے۔       | کرتا ہے        | ۲۲     | ۶۶۶ | شبکہ کے عناصر | شبکہ کا عناصر | ۲۱    | ۵۵۰ |
| دوسرے          | بیرونی         | ۲۳     | ۶۶۷ | عظیم          | اعظم          | ۲۱    | ۵۴۱ |
| روح القدم      | روح القدم      | ۶      | ۶۶۵ | بھونکی        | پھونکی        | ۱۱    | ۵۴۴ |
| قسموں میں      | قسموں میں      | ۱۳     | ۶۶۶ | سوراخ         | سٹاؤ          | ۲۳    | ۵۴۵ |
| روح القدم مسطح | روح القدم      | ۲۰     | ۶۶۷ | خطہ           | خم            | ۱۳    | ۶۱۴ |
| سلامیات        | سلامیات        | پیشانی | ۶۸۲ | ربہ           | ابلہ          | ۲۴-۱۹ | ۶۱۸ |
| حقیقی          | حقیقی          | ۲-بیان | ۶۸۵ | مضبوطی        | مضبوطی        | ۳     | ۶۱۸ |
| کوخر           | کوچر           | ۱۹     | ۶۹۲ | خیاطیہ        | خیاطیہ        | ۲۰    | ۶۳۱ |
| (iliacus)      | (iliacus)      | ۲۰     | ۶۹۳ | (posterior)   | (posterior)   | ۱۳    | ۶۳۳ |
| analgesia      | analgesia      | ۱      | ۷۱۲ | چھوٹی         | چھوٹا         | ۱۲    | ۶۳۸ |
| حذف کر دیا     | م۔ ف۔ تی۔ موخر | ۳-بیان | ۷۱۳ | حرقہ          | فخڑی          | ۳     | ۶۳۳ |
| جائے۔          | فوقانی شوکر۔   |        |     | سیلیت         | سیلیت         | ۲۳    | ۶۳۸ |
|                |                |        |     | (tertius)     | (tertius)     | ۳     | ۶۵۸ |

## صحت نامه

| صفحہ | سطر | غلط              | صحیح                   |
|------|-----|------------------|------------------------|
| ۱    | ۱۲  | — nerves of, 389 | — muscles of, 379, 387 |
| ۳    | ۳۰  | قنال مبرز        | مبرز قنال              |
| ۶    | ۱۶  | شبکی             | شبکی                   |
| ۸    | ۱۷  | تشیت             | تشیت                   |
| ۸    | ۳۵  | حالتیں           | حالتیں                 |
| ۱۳   | ۱۰  | حلق              | حلق                    |
| ۲۷   | ۶   | ( نافذہ )        | ( نافذہ )              |
| ۳۲   | ۳۲  | سباخ الاذن       | سباخ الاذن             |
| ۳۳   | ۱۹  | بغاع             | فغاع                   |
| ۵۰   | ۴   | ضمیرہ            | ضمیرہ                  |
| ۵۷   | ۱۴  | دیکھی            | دیکھی                  |
| ۶۲   | ۱۶  | بیر              | بیر                    |
| ۷۷   | ۳۴  | بطینات           | بطینات                 |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| پوہنچے کا جوڑ                  | Wrist-joint, 336                                   |
| پر کے خلوع                     | — dislocations at, 356                             |
| پر کے کسور                     | — fractures about, 354                             |
| کے حرکات                       | — movements of, 352                                |
| پو عضلی فعل                    | — muscular action on, 352                          |
| کی مضبوطی                      | — strength of, 351                                 |
| کی سطحی تشریح                  | — surface anatomy of, 344                          |
| کے زلا بی کہنے                 | — synovial cavities of, 356                        |
| کے ناچے اور غلاف               | — sacs and sheaths of, 347                         |
| کے ارد گرد کے وتر              | — tendons about, 345                               |
| کچ گردنی                       | Wry-neck, 199                                      |
| خنجری قصبی مفصل                | Xiphisternal joint, 235                            |
| لاشعاعی منظر نینامی حفرہ کا    | X-ray appearance of pituitary fossa, 47            |
| استحان پوہنچے کے ارد گرد       | — examination in fractures about wrist, 355        |
| کے کسور میں                    | — in spinal injuries, 682                          |
| شوکی تضرعات میں                | — of appendix, 452                                 |
| زائدہ کا                       | — of bladder, 516                                  |
| مشانہ کا                       | — of caecum, 449                                   |
| احود کا                        | — of dislocated knee, 615                          |
| غفلوع گھٹنے کا                 | — of kidney and ureter, 479                        |
| سگردہ اور حالب کا              | — of movements of barium-laden food, 452           |
| یہہ بیم دار غذا کے حرکات کا    | — of positions of abdominal viscera, 423, 427, 429 |
| شکمی احشاء کے اوضاع کا         | — of tarsal bones, 661                             |
| تبارتی ہڈیوں کا                | — of temporal region of skull, 34                  |
| کھوپری کے مدغی خطہ کا          | — of thoracic viscera, 254                         |
| صدری احشاء کا                  | — of meter for impacted calculi, 189               |
| حالب کا منفرد حصیات کے لئے     | Y-shaped cartilage, 574                            |
| وائی کی شکل کی غضروفی          | Zygoma as guide to structures, 34                  |
| وجنہ ساختوں کے رہنما کے طور پر | — fracture of, 34                                  |
| کا کسر                         |  |

|   |  |
|---|--|
| لقری تنال کے خلائی تشوہات                   | Vertebral canal, congenital malformation of, 698       |
| کا سبائی حلقہ                               | ——— fluid tumour of, 698                               |
| میں سے اعصاب کے نکلنے کے مقامات             | ——— points of exit of nerves from, 694                 |
| عمود  | ——— column, 672  |
| ( نیز دیکھو عمود قری )                      | ——— (see also Spine)                                   |
| مٹا فی مہیلی ناسور                          | Vesico-vaginal fistula, 539                            |
| احشائے شکمی ( دیکھو شکم کے احشاء )          | Viscera, abdominal (see Abdomen, viscera of)           |
| حوضی کی تثبیت اور ان کے حرکات               | ——— pelvic, fixation and movements of, 505             |
| مدری  | ——— thoracic, 245                                      |
| حشائی ردا                                   | Visceral fascia, 501                                   |
| شوکی مراکز                                  | ——— spinal centres, 394                                |
| سہارے                                       | ——— supports, 381, 426                                 |
| استرخائے احشاء                              | Visceroptosis, 423, 445, 448                           |
| زردینی معوی قنات                            | Vitello-intestinal duct, 386, 443                      |
| زجاجی رطوبت                                 | Vitreous humour, 81                                    |
| ”طباقہ“                                     | “——— table,” 29  |
| صوفی احوال                                  | Vocal cords, 211                                       |
| راحی عجزا ہیں                               | Volar arches, 339                                      |
| ولکمین کا وقف الدمی شلل اور تہبض            | Volkman's ischaemic paralysis and contusion, 314, 332  |
| قتلتہ امعاء                                 | Volvulus, 459, 464                                     |
| قے - شدید - شوکی ضربات میں                  | Vomiting, severe, in spinal injuries, 697              |
| فرج   | Vulva, 538   |
| ”سر بن بافندہ“                              | “Weaver's bottom,” 561                                 |
| وہارٹن کی قنات                              | Wharton's duct, 167                                    |
| داحس  | Whitlow, 348   |
| زبر ناخن اور زبر غلافی کے کہولنے میں مشکلات | ——— subungual and thecal, difficulties in opening, 349 |
| ولس کا دائرہ                                | Willis, circle of, 56                                  |
| عجینہ کتف                                   | Winged scapula, 273                                    |
| ونسلو کا سوراخ                              | Winslow, foramen of, 122                               |
| وونگ کی قنات                                | Wirsung, duct of, 476                                  |
| عقل ڈاڑھیں                                  | Wisdom teeth, 162                                      |
| ولفی قنات                                   | Wolffian duct, 541                                     |
| انینبات                                     | ——— tubules, 541                                       |
| ولف کا قانون                                | Wolff's law, 615                                       |
| ”بصارت الفاظ کا“ مرکز                       | “Word-seeing” centre, 51                               |
| ورمی ہڈیاں                                  | Wormian bones, 16                                      |
| پوہنجا                                      | Wrist, 334   |



|  |   |
|--|---|
| رحم  | Uterus, 339   |
| کی شریان                                     | — artery of, 339                                      |
| کے عروق لف                                   | — lymphatics of, 340                                  |
| مردانہ                                       | — masculinus, 330                                     |
| مہبل   | Vagina, 339   |
| کی چسپیدگیاں                                 | — attachments of, 303                                 |
| کے زخم                                       | — wounds of, 330, 340                                 |
| مہبلی قیلہ مثانیہ                            | Vaginal cystocele, 330                                |
| قیلہ معویہ                                   | — enterocoele, 330                                    |
| زائندہ غدیدیہ                                | — proesa, 307, 400, 401                               |
| مستقیمہ قیلہ                                 | — rectocoele, 330                                     |
| واسلوا کا طریقہ اذن وسطی کو منتفخ کرنے کا    | Valsalva's method of inflating middle ear, 108        |
| مصابغ گردن کی وریدوں کے اندر                 | Valves in veins of neck, 225                          |
| قیلہ دوا لیہ                                 | Varicocoele, 337                                      |
| دوالی نما وریدیں                             | Varicose veins, 337, 370                              |
| عرق غاطی                                     | Vas aberrans, 303                                     |
| قنات ناقطعہ                                  | — deferens, 330, 341                                  |
| کا انشقاق                                    | — — rupture of, 330                                   |
| عروق قصیر                                    | Vasa brevia, 430                                      |
| قنوات برآرندہ                                | Vasa efferentia, 341                                  |
| عرق حرکی نظام جارحہ اعلیٰ کا۔ اس کے اختلالات | Vaso-motor system of upper limb, disturbances of, 303 |
| عضلہ وسیعہ                                   | Vastus muscle, 302                                    |
| واٹر کا انتفاخ                               | Vater, ampulla of, 471, 470, 477                      |
| وریدیں۔ ان میں ہوا                           | Veins, air, in, 225                                   |
| وسیط۔ کھوپری کی                              | — emissary, of skull, 8                               |
| جالیفوس کی                                   | — of Galen, 44  |
| گردن کی۔ ان کے اندر کے مصابغ                 | — of neck, valves in, 225                             |
| (نیز دیکھو مختلف خطے)                        | — (see also various regions)                          |
| اجوی وریدیں                                  | Vene cava, 251  |
| نقص کھوپری                                   | Venesection at elbow, 311                             |
| وریدی اجوای                                  | Venous sinuses, 40                                    |
| سلمات کھوپری کے                              | — sinuses of skull, 9                                 |
| طین حنجرہ کا                                 | Ventricle of larynx, 232                              |
| بطیات جانبی                                  | Ventricles, lateral, 32                               |
| قنبرہ (دیکھو عمود فقری)                      | Vertebra (see Spine)                                  |
| مرتفعہ                                       | — prominens, 102                                      |
| فاری شریان                                   | Vertebral artery, 35                                  |
| کی بندش                                      | — — ligature of, 225                                  |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| سری ناسور                           | Umbilical fistula, 386                                    |
| قنق                                 | — hernia, 411   |
| خط                                  | — line, 426   |
| ناف (سره)                           | Umbilicus, 379, 385                                       |
| کالیٹی حلقہ                         | — fibrous ring of, 385                                    |
| حیدہ                                | Umbo, 100   |
| جارحہ اعلیٰ کی عصبی رسد             | Upper limb, nerve supply of, 350                          |
| یوڈیکس                              | Urachus, 385  |
| منفتح                               | — patent, 386   |
| حالب                                | Ureter, 481, 488, 521                                     |
| کاتمعد                              | — distension of, 488, 521                                 |
| مضاعف                               | — double, 484   |
| کاتنی                               | — kinking of, 484   |
| میں حرکت دودی                       | — peristalsis in, 489                                     |
| کانشقاق                             | — rupture of, 488   |
| کالا شعاعوں سے امتحان               | — X-ray examination of, 480                               |
| مبال۔ زنانہ                         | Urethra, female, 530                                      |
| مردانہ                              | — male, 527   |
| اورسوزاک                            | — — and gonorrhoea, 529, 530                              |
| کی قنال                             | — — canal of, 528   |
| ہیں قاسطیرگذاڑنا                    | — — catheterization of, 527                               |
| کاخم                                | — — curve of, 527   |
| کامنقذ                              | — — meatus of, 529  |
| نمشائی                              | — — membranous, 512, 529                                  |
| کی غشائے مخاطی کامبال بین سے امتحان | — — mucous membrane of, urethroscopic examination of, 530 |
| حوضی                                | — — pelvic, 527   |
| قفیجی                               | — — penile, 529   |
| عجائی                               | — — perineal, 527   |
| قدامی                               | — — prostatic, 527  |
| کانشقاق                             | — — rupture of, 530                                       |
| کانشقاقی تضیق                       | — — spasmodic stricture of, 529, 552                      |
| کاعصرہ                              | — — sphincter of, 516, 527, 528                           |
| کی عصبی رسد                         | — — nerve supply of, 552                                  |
| مبالی مثلث                          | Urethral triangle, 507, 511                               |
| مبال بین سے امتحان                  | Urethroscopic examination, 530                            |
| پیشاب و عابد۔ کامر                  | Urine, extravasated, course of, 382, 511, 512             |
| رجحی عجزی رباطات                    | Utero-sacral ligaments, 506                               |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| ورکی حدیہ                             | Tuber ischii, 487, 555                         |
| سلعات۔ دہوی۔ چاندلی کے                | Tumours, blood, of scalp, 18                   |
| صیوان الاذن پر                        | — on pinna, 98                                 |
| دماغی کے لئے ترغان کرنا               | — cerebral, trephining for, 27                 |
| سیالی۔ تنال قاری کے                   | — fluid, of vertebral canal, 898               |
| دروں عجمی کے دور کو نے کے لئے کروٹلین | — intraorbital, Kronlein's route for re-       |
| کا راستہ                              | moval of, 60                                   |
| منصی                                  | — mediastinal, 255                             |
| عجمی                                  | — orbital, 60, 61, 65                          |
| نسکی                                  | — parotid, 152                                 |
| وہمی                                  | — phantom, 386                                 |
| کلوی                                  | — renal, 487                                   |
| عجمی عصمی                             | — sacro-coccygeal, 502                         |
| سکتی                                  | — scapular, 275                                |
| لوزی                                  | — tonsillar, 189                               |
| وریدی۔ کھوپری کے                      | — venous, of skull, 9                          |
| طبہ شکمی                              | Tunica abdominalis, 382                        |
| ایمن                                  | — albuginea, 535                               |
| قدیدہ                                 | — vaginalis, 402, 534                          |
| مقتول ہڈیاں اور اجسام                 | Turbinatæ bones and bodies, 116, 119, 121, 122 |
| طبی کہفہ                              | Tympanic cavity, 101                           |
| کا مدخل                               | — alitus of, 101                               |
| کا علیہ                               | — attic of, 102                                |
| کا فرش                                | — floor of, 102                                |
| کی دیواریں                            | — walls of, 101                                |
| (نیز دیکھو اذن وسطی)                  | — (see also Middle ear)                        |
| غشا                                   | — membrane, 98                                 |
| جوف۔ (دیکھو حلی منارہ)                | — sinus (see Maxilloid antrum)                 |
| التهاب اعور                           | Typhlitis, 446                                 |
| زند کا خلع                            | Ulna, dislocation of, 316                      |
| کا کسر                                | — fracture of, 331, 332                        |
| کے تعلقات سمیرہ کے ساتھ               | — relations of, with radius, 328               |
| زندی شریان                            | Ulnar artery, 311, 327, 335                    |
| جانب شریان                            | — collateral artery, 300                       |
| عصب                                   | — nerve, 300, 302, 313, 361, 371               |
| کا شلل                                | — paralysis of, 373                            |
| ورید                                  | — vein, 311                                    |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| لوزہ کی بیش پروش                    | Tonsil, hypertrophy of, 186             |
| ہرے پن کا باعث                      | — — — causing deafness, 188             |
| کوٹھوٹین کے حلقہ میں داخل کرنا      | — engaging in ring of guillotine, 188   |
| لسانی                               | — lingual, 173                          |
| لشکا کا                             | — Lasekha's 109, 184                    |
| کے لمبی غدد                         | — lymphatic glands of, 220              |
| کی خبیث بالیدیں                     | — malignant growths of, 180             |
| بلعومی                              | — pharyngeal, 109, 184                  |
| لوزی گوشہ                           | Tonsillar recess, 188                   |
| حتکی نرق                            | Torus palatinus, 179                    |
| تصبیہ                               | Trachea, 208, 250                       |
| میں اجسام غریبہ                     | — foreign bodies in, 217, 250           |
| کے زخم                              | — wounds of, 208                        |
| قصبہ شکافی                          | Tracheotomy, 213                        |
| مد پیپی                             | Trachoma, 88                            |
| جری حطافات                          | Traction diverticula, 221               |
| نعل الدم                            | Transfusion, 311                        |
| عبرالبواب مستوی                     | Transpyloric plane, 380, 425            |
| ردائے مستعرض                        | Transversalis fascia, 413               |
| مستعرض عتقی شریان                   | Transverse cervical artery, 198         |
| قواون                               | — colon, 457                            |
| رہاٹ                                | — ligament, 639, 617                    |
| زائده اخلاص کا                      | — process of atlas, 192                 |
| سانوس عمیق فارہ کا                  | — — — of seventh cervical vertebra, 192 |
| زوائد قطنی ثورات کے                 | — processes of lumbar vertebrae, 677    |
| عظم منجر فہ                         | Trapezium, 336                          |
| عضلہ منجر فہ کا شلل                 | Trapezius, paralysis of, 273            |
| ”پانہاد“ سرج پائی میں               | ”Tread” in talipes, 657                 |
| سکھویری پرترفان کرنا                | Trephining skull, 22                    |
| میں چاندلی کا دامن                  | — — — scalp-flap in, 22                 |
| کے لئے مقامات                       | — — — sites for, 23                     |
| کے لئے سطحی ترسیمیں                 | — — — surface marking for, 28           |
| مثلث رباط                           | Triangular ligament, 512                |
| تلاقی توامی عصب (دیکھو پانچواں عصب) | Trigeminal nerve (see Fifth nerve)      |
| ”لیلیٰ ازبلی“                       | ”Trigger-finger,” 346                   |
| سہ پایگی                            | Tripodism, 502                          |
| فک بستگی                            | Trisum, 161                             |
| طروخا عظیم                          | Trochanter, great, 554                  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| دردی جسم قصبہ شکافی میں | Thyroid body in tracheotomy, 216             |
| کی خاٹنا                | —— isthmus of, 213, 219                      |
| کے عروق لیمف            | —— lymphatics of, 220                        |
| کے عروق حرکی اعصاب      | —— vaso-motor nerves of, 220                 |
| غضروف                   | —— cartilage, 210                            |
| دویرے۔ خلقی             | —— cysts, congenital, 170                    |
| خلع                     | —— dislocation, 385, 386                     |
| زیر ترین دردی شریان     | Thyroidal ima artery, 220                    |
| درقیہ شکافی             | Thyrotomy, 213                               |
| قصبیہ                   | Tibia, 625                                   |
| اورشلیہ کے کسور         | —— and fibula, fractures of, 630             |
| سے عظمی پیوند           | —— bone-grafts from, 633                     |
| کا پرانہ                | —— epiphysis of, 622                         |
| کے کسور۔ ذہن سرے کے     | —— fractures of lower end of, 631            |
| بالائی سرے کے           | —— of upper end of, 620                      |
| کاتعمم                  | —— ossification of, 620                      |
| پر کساحت کا اثر         | —— rickets affecting, 632                    |
| قصبی شریانیں            | Tibial arteries, 636, 644                    |
| عصب                     | —— nerve, 620, 636, 670                      |
| شوکہ                    | —— spine, 618                                |
| قصبیہ مادہ کا وتر       | Tibialis anticus tendon, 635, 643            |
| موخر کا وتر             | —— posticus tendon, 636, 643                 |
| قصبی فخذی زاویہ         | Tibio-femoral angle, 614                     |
| قصبی شقوی رابطات        | Tibio fibular ligament, 647                  |
| پاؤں کے انگوٹھے کا خلع  | Toe, great, dislocation of, 662              |
| زبان                    | Tongue, 170                                  |
| کے معدن غدہ             | —— accessory glands of, 175                  |
| کی رسد خون              | —— blood supply of, 171                      |
| کاسرطان                 | —— cancer of, 173                            |
| کے خلقی نقائص           | —— congenital defects of, 171                |
| کاسرخلع                 | —— epithelium of, 171                        |
| کاستیصال                | —— excision of, 176                          |
| کے لمبی غدہ اور عروق    | —— lymphatic glands and vessels of, 173, 220 |
| میں لیمف آسافات         | —— lymphoid tissue in, 173                   |
| کے اعصاب                | —— nerves of, 172                            |
| عقدۃ اللسان             | Tongue-tie, 171                              |
| لوزہ                    | Tonsil, 86                                   |
| کی رسد خون              | —— blood supply of, 180                      |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| دا ن                                | Thigh, 592   |
| کا پٹر                              | — amputation of, 598                                   |
| کولے کے جوڑ پر                      | — at hip-joint, 590                                    |
| کے عروق خون                         | — blood-vessels of, 566, 569, 570                      |
| کی ردا                              | — fascia of, 594                                       |
| کا کسر                              | — fracture of, 595                                     |
| کے بعد چار حصہ کا قصر               | — shortening of limb after, 597                        |
| کے عضلات                            | — muscles of, 591, 592, 594                            |
| کا انشقاق                           | — rupture of, 594                                      |
| کے اعصاب                            | — nerves of, 591, 593, 598                             |
| کی جلد                              | — skin of, 593   |
| کی سطحی تشریح                       | — surface anatomy of, 592                              |
| تیسرے عصب کا شلل                    | Third nerve, paralysis of, 86                          |
| مدری قنات                           | Thoracic duct, 229, 256, 494                           |
| اور سرطان انتشار                    | — and cancer dissemination, 257                        |
| تدریجی سرانٹ کیلئے امکانی جبری کی   | — as a possible channel for tuberculous infection, 256 |
| حیثیت سے                            | — nerves, 389  |
| اعصاب                               | — rib, first, 207                                      |
| پسلی پچی                            | Thoracoplasty, 239                                     |
| تکوین الصدر                         | Thorax, 233  |
| صدر                                 | — deformities of, 233                                  |
| کی بد شکلیاں                        | — paracentesis of, 238                                 |
| کا بول                              | — viscera, of, 245                                     |
| کے احشاء                            | — X-ray examination of, 254                            |
| کالا شعاعوں سے امتحان               | — walls of, 233  |
| کی دیواریں                          | — wounds of, 247                                       |
| کے زخم                              | Throat, cut, 207                                       |
| کلوریدگی                            | Thumb, dislocation of, 357                             |
| انگوٹھے کا خلع                      | Thymus, 215, 256                                       |
| تیموسہ                              | Thyro-glossal duct, 219                                |
| درقی لسانی قنات                     | Thyro-hyoid space, wounds across, 208                  |
| درقی لامی فضا کو عبور کرنے والے زخم | Thyroid artery, inferior, 220                          |
| درقی شریان تحتانی                   | — superior, 196, 220                                   |
| فوقانی                              | — body, 217  |
| جسم                                 | — accessory glands of, 219                             |
| کے معین غدود                        | — atrophy of, 219                                      |
| کا ذبول                             | — blood supply of, 220                                 |
| کی وسخون                            | — development of, 219                                  |
| کا نمو                              | — enlargement of, 217                                  |
| کی سکافی                            |  |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| آنسوؤں کا غیر طبعی پیش بہاؤ   | Tears, abnormal overflow of, 90          |
| کا مہر اور ان کا افراز        | — course and secretion of, 89            |
| دانت - عارضی اور مستقل        | Teeth, temporary and permanent, 161, 163 |
| اور جو فیزی خراج              | — alveolar abscess and, 162              |
| کامو                          | — development of, 163                    |
| کی ساخت                       | — structure of, 162                      |
| حلق ڈارمین                    | — wisdom, 162                            |
| غطائے طبعی                    | Tegmen tympani, 101                      |
| کے لیول کو ظاہر کرنے کا طریقہ | — — level of, indicating, 24             |
| مدغی تلفیف - تحتانی           | Temporal convolution, inferior, 52       |
| در پچہ (ناقده)                | — fenestra, 35, 36                       |
| نلتہ                          | — lobe, 48                               |
| خطہ                           | — region, 5 34                           |
| مدغی فکی مفصل                 | Temporo-maxillary articulation, 157      |
| پر کا خلع                     | — — dislocation at, 157                  |
| کے حرکات                      | — — movements of, 157                    |
| کاجروی خلع                    | — — subluxation of, 158                  |
| مدغی وتدی نلتہ                | Temporo-sphenoidal lobe, 24, 138         |
| وتر اخیلی                     | Tendo Achillis, 628, 635, 643            |
| حقیقہ (دیکھو وتر اخیلی)       | — calcaneus (see Tendo Achillis)         |
| الین                          | — oculi, 90                              |
| پین کا سیمہ                   | Tenon, capsule of, 62                    |
| ناشرہ حنکیہ                   | Tensor palati, 180, 182                  |
| جفن                           | — tarsi, 90                              |
| خصیہ                          | Testicle, 534                            |
| کانرول                        | — descent of, 401, 534                   |
| پر کا لیفی طبقہ               | — fibrous tunic of, 535                  |
| فخذی مثلث میں                 | — in femoral triangle, 567               |
| کا التهاب                     | — inflammation of, 535                   |
| کی درون گردش                  | — inversion of, 535                      |
| کے عروق لف                    | — lymphatics of, 535                     |
| کی ماساریقا                   | — mesentery of, 534                      |
| کی عصبی رسد                   | — nerve supply of, 536, 553              |
| محبوس                         | — retained, 534                          |
| مخنوق                         | — strangulated, 534                      |
| کا تلوئی                      | — torsion of, 534                        |
| غلای خراج                     | Thecal abscess, 348                      |
| قرازا بہام                    | Thenar eminence, 386, 374                |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| اتحاد عظمی کھوپڑی کا             | Synostosis of skull, 28                |
| ذلابی کھپے پاؤں کے               | Synovial cavities of foot, 663         |
| ہاتھ کے                          | — of hand, 356                         |
| خشا کھٹنے کے جوڑ کی              | — membrane of knee-joint, 609          |
| تاجہ جات ہاتھ کے                 | — sacs of hand, 346                    |
| غلاف ٹخنے کے                     | — sheaths of ankle, 640                |
| ہاتھ کے                          | — of hand, 347, 350                    |
| ذلابی التهاب کولے کے جوڑ میں     | Synovitis in hip-joint, 575            |
| کھٹنے کے جوڑ میں                 | — in knee-joint, 611                   |
| آتشک موروثی                      | Syphilis, inherited, 18                |
| کھنٹی ہی قبلہ                    | Syringo-myelocoele, 698                |
| تشریحی مسقط                      | Tabatiore anatomique, 339              |
| قولون کے قورات                   | Tænia of colon, 455                    |
| ٹیگلینکوزی کا عملیہ              | Tagliacozzi's operation, 301           |
| عقبی دوح القدم                   | Talipes calcaneo-valgus, 655           |
| عقبی لدع القدم                   | — calcaneo-varus, 655                  |
| عقبی کچیاٹی                      | — calcaneus, 655, 657                  |
| فرسی دوح القدم                   | — equino-valgus, 654, 655              |
| فرسی لدع القدم                   | — equino-varus, 654, 655               |
| فرسی کچیاٹی                      | — equinus, 655, 657                    |
| کچیاٹی کے مخلوط اقسام            | — mixed forms of, 657                  |
| دوح القدم                        | — valgus, 656, 657                     |
| لدع القدم                        | — varus, 656, 657                      |
| ٹالما ماریسن کا عملیہ            | Talma-Morrison operation, 494          |
| مرمہ                             | — modified, 389                        |
| عرقوب کا خلع                     | Talus, dislocation of, 651             |
| کا کسر                           | — fracture of, 661                     |
| جارتی ہڈیاں                      | Tarsal bones, 661                      |
| ان کے کسور                       | — fractures of, 661                    |
| ان کا تعظم                       | — ossification of, 662                 |
| غضروف البغنی ہڈد                 | — glands, 85, 87                       |
| محفظہ                            | — plate, 85                            |
| تارہ برآری                       | Tarsectomy, 657                        |
| تارہ (دیکھو جارتی ہڈیاں)         | Tarsus (see Tarsal bones)              |
| ٹیل کا عملیہ التصاق الجفن کے لیے | Teale's operation for symblepharon, 87 |



|                                |  |
|--------------------------------|--|
| فوق ترقوی اعصاب                | Supraclavicular nerves, 263                        |
| فوق قندالی زائده               | Supracondyloid process, 304, 312                   |
| فوق مرقی غدہ                   | Supracubital gland, 312                            |
| فوق لامی لئی غدہ               | Suprahyoid lymphatic glands, 227                   |
| فوق حرفی مثلث                  | Supra-iliac triangle, 380, 416                     |
| فوق منغذی شوکہ ہینلے کا        | Suprameatal spine of Henle, 94                     |
| مثلث مکیون کی                  | — triangle of Macewen, 95, 106                     |
| فوق عجبی سوراخ                 | Supraorbital foramen, 139                          |
| فوق لبلی عروق                  | Suprapancreatic lymphatics, 439                    |
| فوق حانی حصات شکافی            | Suprapubic lithotomy, 514                          |
| فوق کلوی شریان                 | Suprarenal artery, 381                             |
| اجسام                          | — bodies, 487                                      |
| کا اندرونی افراز               | — — — internal secretion of, 487                   |
| فوق ستنی شریان                 | Suprascapular artery, 198                          |
| سٹاؤ                           | — notch, 275                                       |
| تعلیقی رباط پیری کا            | Suspensory ligament of Berry, 218                  |
| مقلہ کا                        | — — — of eyeball, 63                               |
| عدسہ کا                        | — — — of lens, 79                                  |
| حوضی احشاء کا                  | — — — of pelvic viscera, 504                       |
| ”تعلیقی رباطات“ ایسٹلے کوپر کے | “Suspensory ligaments” of Astely Cooper, 240       |
| دعام عرقوب                     | Sustentaculum tali, 634                            |
| کا کسر                         | — — — fracture of, 661                             |
| درزی ہڈیاں                     | Sutural bones, 16                                  |
| درزیں کھوپڑی کی                | Sutures of skull, 15                               |
| ان کا بند ہونا                 | — — — closure of, 28                               |
| ان کی علحدگی                   | — — — separation of, 34                            |
| انجیریہ پیوٹوں کا              | Sycosis of eyelids, 86                             |
| سلویٹس کی سطحی ورید            | Sylvian vein, superficial, 58                      |
| کا شقاق                        | Sylvius, fissure of, 49                            |
| التصاق الجفن                   | Symblepharon, 87, 88                               |
| سائم کا ہٹر ٹخنے پر سے         | Syme's amputation at ankle, 663                    |
| مشارکی جبل کے عتی حصہ کی چوٹ   | Sympathetic cord, cervical part of, injury to, 226 |
| ومد                            | — ophthalmia, 79                                   |
| درد (دیکھو بعید درد)           | — pains (see Referred pains)                       |
| ارتفاق خانہ کی ہڈیوں کی علحدگی | Symphysis pubis, separation of bones of, 500       |
| التصاقات قرحیہ                 | Synechia, 73                                       |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| ذیر ترقوی خلع ذراعیہ کا        | Subclavicular dislocation of humerus, 289    |
| ذیر ترقوی عضلہ                 | Subclavius muscle, 263                       |
| ذیر غروی خلع ذراعیہ کا         | Subcoracoid dislocation of humerus, 289, 291 |
| کی کوخرکی ترجیع                | ———— Kocher's reduction of, 294              |
| ذیر جلدی بافت پیوٹوں کی        | Subcutaneous tissue of eyelids, 86           |
| چاندلی کی                      | ———— of scalp, 2                             |
| ذیر جافی لطفا                  | Subdural space, 41, 686                      |
| ذیر وقبی خلع ذراعیہ کا         | Subglenoid dislocation of humerus, 289, 293  |
| ذیر لسانی درجہ                 | Sublingual bursa, 169                        |
| غده                            | ———— gland, 168                              |
| ذیر چانوی قنات                 | Submandibular duct, 167                      |
| غدد                            | ———— glands, 168, 227, 229                   |
| ذیر یاریطونی اتصالی بافت       | Subperitoneal connective tissue, 387         |
| ذیر ہوائی عروق ام              | Subpyloric lymphatics, 436                   |
| ذیر کٹنی شریان                 | Subscapular artery, 262                      |
| درجہ                           | ———— bursa, 236                              |
| غدد                            | ———— glands, 244                             |
| ذیر کٹنی عضلہ                  | Subscapularis muscle, 262                    |
| ذیر مصلی بافت حوض کی           | Subserous tissue of pelvis, 506              |
| ذیر شوکی خلع ذراعیہ کا         | Subspinous dislocation of humerus, 289, 293  |
| تحت مدغی ازالہ و خفطہ          | Subtemporal decompression, 6                 |
| سطحی عقی غدد                   | Superficial cervical glands, 227, 229        |
| اعصاب                          | ———— nerves, 198                             |
| بر معدی ورید                   | ———— epigastric vein, 381                    |
| حس پذیری کے اعصاب              | ———— sensibility, nerves of, 302             |
| فوقانی الوی شریان              | Superior gluteal artery, 555                 |
| طولی جوی                       | ———— longitudinal sinus, 40                  |
| ماساریقی شریان                 | ———— mesenteric artery, 381                  |
| شعبہ                           | ———— plexus, 491                             |
| مدغی تلفیف                     | ———— temporal convolution, 50                |
| درقی شریان                     | ———— thyroid artery, 196, 220                |
| ورید اجوی                      | ———— vena cava, 252                          |
| مستزاد اذینات                  | Supernumerary auricles, 93, 232              |
| پستانیں                        | ———— mammae, 245                             |
| فغذی مثلث میں                  | ———— in femoral triangle, 567                |
| حلیہ                           | ———— nipples, 245, 567                       |
| سلج                            | Supination, 329                              |
| تبیح (دیکھو خراج)              | Suppuration (see Abscess)                    |
| شوالپ کی فوق مشیمیائی لئی لطفا | Suprachoroid lymphatic space of Schwalbe,    |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| قص                                  | Sternum, 235   |
| کی بوسیدگی                          | — caries of, 236                                     |
| کا خلع                              | — dislocation of, 235                                |
| کا کاٹنا                            | — division of, 236                                   |
| کا کسر                              | — fracture of, 235                                   |
| کا صفیتی گرد عظمی التهاب            | — gummatous periostitis of, 236                      |
| میں سوراخ                           | — holes in, 236                                      |
| سٹوکس گریٹی کا قندالی عملیہ         | Stokes-Gritti condylar operation, 624                |
| معدہ                                | Stomach, 431   |
| میں ہوا                             | — air in, 434  |
| کی دسد خون                          | — blood supply of, 436                               |
| کا سرطان                            | — cancer of, 257                                     |
| کے انقباضات                         | — contractions of, 434                               |
| کا اتساع                            | — dilatation of, 432                                 |
| کے ناسور                            | — fistula of, 438                                    |
| میں اجسام غریبہ                     | — foreign bodies in, 433                             |
| کے عروق لف                          | — lymphatics of, 435                                 |
| پر عملیہ جات                        | — operations on, 438                                 |
| کا استرخاء                          | — ptosis of, 432                                     |
| کے تعلقات                           | — relations of, 431                                  |
| کی شکل                              | — shape of, 433                                      |
| کے قروح                             | — ulcers of, 431                                     |
| کے زخم                              | — wounds of, 437                                     |
| سنگ (دیکھو حصہ)                     | Stone (see Calculus)                                 |
| سٹواین کا اشراب زیر عنکبوتی فضا میں | Stovaine, injection of, into subarachnoid space, 688 |
| حول العین                           | Strabismus, 63, 64                                   |
| غنوق رودہ                           | Strangulated bowel, 444                              |
| قق                                  | — hernia, 460  |
| خصیہ                                | — testicle, 534                                      |
| مباہ کا تضیق - شنجی                 | Stricture of urethra, spasmodic, 520, 552            |
| ابری چانوی دباؤ                     | Stylo-mandibular ligament, 202                       |
| زیر اسکرومی درجہ                    | Subacromial bursa, 286                               |
| زیر عنکبوتی فضا                     | Subarachnoid space, 42, 686                          |
| میں سٹواین وغیرہ کا اشراب           | — injection of stovaine, etc., into, 688             |
| زیر عروق بتور                       | Subastragaloid amputations, 666                      |
| خلع پاؤں کے                         | — dislocations of foot, 651                          |
| جوڑ                                 | — joints, 654  |
| زیر ترقوی شریان                     | Subclavian artery, 196, 200, 262, 263                |
| وید                                 | — vein, 198, 225                                     |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| عود قتری کیسے سیدھا قائم رہتا ہے   | Spine, how maintained erect, 674              |
| کا آسنم                            | —kyphosis of, 234                             |
| کے حرکات                           | —movements of, 673                            |
| شیر خواد پیچہ کا                   | —of infant, 673                               |
| حانی                               | —pubic, 379                                   |
| کے ورقہ جات کا جڑوی استیصال        | —resection of laminae of, 682                 |
| کا التوا                           | —scoliosis of, 234, 675                       |
| کی موچیں                           | —sprains of, 676                              |
| عظم حرقی کے شوکے - مقدم فوقانی اور | Spines of ilium, anterior superior and poste- |
| موخر فوقانی                        | rior superior, 380, 554                       |
| شوکى سرى خط                        | Spino-umbilical line, 426                     |
| شوکى زوائد کا کسر                  | Spinous processes, fracture of, 682           |
| لولی (مغولہ نما) کسور              | Spiral fractures, 596, 631                    |
| روح القدم مسطح                     | Splay-foot, 657                               |
| طحال                               | Spleen, 473                                   |
| کا کیسہ                            | —capsule of, 475                              |
| کلائی یاقتہ                        | —enlarged, 475                                |
| سائب                               | —floating, 474                                |
| کے تضمرات                          | —injuries to, 475                             |
| کے تعلقات                          | —relations of, 474                            |
| کا انشقاق                          | —rupture of, 475                              |
| طحال پر آری                        | Splenectomy, 474, 475                         |
| طحالی شریان                        | Splenic artery, 474                           |
| موچیں (دیکھو مختلف جوڑ)            | Sprains (see the various joints)              |
| لسانی                              | Squamosal, 105                                |
| لسانی درز                          | Squamous suture, 16                           |
| رکیب                               | Stapes, 101                                   |
| حالت لغیہ                          | Status lymphaticus, 256                       |
| سٹینسن کی قنات                     | Stenson's duct, 152                           |
| لمی مفصل غفرونی                    | Sternal synchondrosis, 235                    |
| لمی ترقوی مفصل                     | Sterno-clavicular joint, 269                  |
| کا مرض                             | —disease of, 270                              |
| کے خلوع                            | —dislocations of, 270                         |
| کے حرکات                           | —movements of, 269                            |
| لمی سینٹی خط                       | Sterno-ensiform line, 423                     |
| نقطہ                               | —point, 251, 380, 423                         |
| لمی یدی نقطہ                       | Sterno-manubrial point, 251                   |
| عضلہ قصبہ حلیہ                     | Sterno-mastoid muscle, 193, 199               |
| قصبہ خنجرى نقطہ                    | Sterno-xiphoid point, 251, 380, 423           |

|   |   |
|---|---|
| شوکی مراکز جوارحہ اسفل کے جلدی<br>دقیہ جات کے لئے | Spinal centres for skin areas of lower extre-<br>mity, 666, 671 |
| حبل   | — cord, 684   |
| کی رسد خون  | — blood supply of, 686  |
| کا ارتجاج   | — concussion of, 691  |
| کا کچلا جانا                                      | — crushing of, 692  |
| کے تغیر کی وجہ سے حرکت اور<br>حس کا فقدان         | — loss of motion and sensation due<br>to injury of, 695         |
| پر دباؤ کے اثرات                                  | — pressure effects on, 693                                      |
| کی حفاظت  | — protection of, 678  |
| کے کچوکے دار زخم                                  | — punctured wounds of, 200, 690                                 |
| کے قطععات (دیکھو شوکی مراکز)                      | — segments of (see Spinal centres)                              |
| ام جا قیہ   | — duramater, 684, 685   |
| تغیرات اور تبرز                                   | — injuries and defæcation, 697                                  |
| اور تبول  | — and micturition, 696  |
| اور تنفس  | — and respiration, 695  |
| اور قے  | — and vomiting, 697   |
| اسجیہ   | — meninges, 684, 685  |
| التهاب سنجایہ                                     | — meningitis, 685   |
| سجائی قیلہ  | — meningocele, 698  |
| سجائی لپی قیلہ                                    | — meningo-myelocoele, 698                                       |
| عضلات   | — muscles, 674  |
| عصب - پانیوواں - اسکے اثرات کے اثرات              | — nerve, fifth, effects injury to, 363                          |
| اعصاب شکم کے                                      | — nerves of abdomen, 389  |
| جوارحہ اسفل کے                                    | — of lower limb, 606  |
| کے نکلنے کے مقامات قری قنال سے                    | — points of exit of, from vertebral<br>canal, 694               |
| کے پیدا ہونے کے مقامات                            | — of origin of, 694   |
| مہداریشوں کا جوارحہ اعلیٰ کے اعصاب میں            | — origin of fibres in nerves of upper<br>limb, 364              |
| ام حنونہ  | — pia mater, 69   |
| عمود قری یا شوکہ                                  | Spine, 672  |
| کی بوسیدگی  | — caries of, 233, 683   |
| کے خم   | — curves of, 672  |
| کے خلوع   | — dislocations of, 677  |
| کے کسری خلوع                                      | — fracture-dislocations of, 680                                 |
| کے کسور   | — fractures of, 677   |
| کے وظائف  | — functions of, 672   |

|  |   |
|--|---|
| کھوپری کی دہازت                        | Skull, thickness of, 18, 23                                 |
| میں ترقان کرنا                         | — trephining, 22  |
| کے وریدی سلعات                         | — venous tumours of, 9                                      |
| کی چوٹ کو اقل بنانے والی تشریحی حالتیں | — violence applied to, anatomical conditions minimizing, 28 |
| کی وریدی مڈیاں                         | — Wormian bones of, 16                                      |
| آستین نما استیصال جروی                 | Sleeve resection, 439                                       |
| سمتھ (سٹیفن) کا عملیہ                  | Smith's (Stephen) operation, 621                            |
| انگشت "سگڑنگی"                         | "Snap" finger, 346  |
| "ٹاس دانی"                             | "Snuff-box," 339  |
| حنك الرفو                              | Soft palate, 180  |
| کی رسد خون                             | — — — blood supply of, 182                                  |
| کے عضلات                               | — — — muscles of, 180, 182                                  |
| کے اعصاب                               | — — — nerves of, 182  |
| شمسی ضفرہ                              | Solar plexus, 490   |
| تلوے کی جلد سے وضعی معکوسات            | Sole, skin of, postural reflexes from, 637                  |
| عضلہ سکیہ                              | Soleus muscle, 627, 628                                     |
| بدنی شوکی مراکز                        | Somatic spinal centres, 394                                 |
| شولب کی فوق مشیمیٹی لمبی فضا           | Space of Schwalbe, suprachoroid lymphatic, 72               |
| فضائیں فاشانا کی                       | Spaces of Fontana, 82, 83, 84                               |
| تشنجی تضیق                             | Spasmodic stricture, 529, 532                               |
| تکام کے لئے حرکی مرکز                  | Speech, motor centre for, 50                                |
| سپنس کا برہر کندھے کے جوڑ پر           | Spence's amputation at shoulder-joint, 297                  |
| منوی جبل                               | Spermatic cord, 536   |
| کی شربانیں                             | — — — arteries of, 537                                      |
| وریدیں                                 | — — — veins, 537  |
| وتدی جوف                               | Sphenoidal sinus, 37, 128                                   |
| وتدی حنکی عقدہ                         | Spheno-palatine ganglion, 36, 139                           |
| عاصرہ مبرزى                            | Sphincter ani, 549  |
| مہانی                                  | — — — urethra, 516, 527, 528, 529                           |
| عاصرہ نقاط غذائی قنال کے               | Sphincteric points of alimentary canal, 427                 |
| شو کہ مشقوقہ                           | Spina bifida, 698   |
| شوکی (نخاعی) معن عصب                   | Spinal accessory nerve, 195                                 |
| بے حس درد                              | — — — analgesia, 688  |
| عکبوتیہ                                | — — — arachnoid, 684, 686                                   |
| مراکز شکمی احشا کے لئے                 | — — — centres for abdominal viscera, 394                    |
| دواد کے لئے                            | — — — — — wall, 380, 393                                    |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| جوف جانبی                        | Sinus, lateral, 40                             |
| فکی                              | — maxillary, 129                               |
| وتدی                             | — sphenoidal, 37, 128                          |
| فوقانی طولی                      | — superior longitudinal, 40                    |
| اجوال انی                        | Sinuses, nasal, 123                            |
| کے عروق لاف                      | — lymphatics of, 131                           |
| وردی                             | — venous, 46                                   |
| چھٹا عصب - اس کا شل              | Sixth nerve, paralysis of, 67                  |
| کھوپڑی                           | Skull, 13                                      |
| کی غیر طبعی حالتیں               | — abnormalities of, 19                         |
| بوقت پیدائش                      | — at birth, 18, 20                             |
| کی عظمی عروابی چھت               | — bony vault of, 14                            |
| پر عملیہ                         | — operation on, 22                             |
| کے مشمولات                       | — contents of, 28                              |
| کی بد شکلیاں                     | — deformities of, 19                           |
| کا نمو                           | — development of, 19                           |
| کی وسیط وریدیں                   | — emissary veins of, 8                         |
| کی بر پریزی ہڈی                  | — epipteric bone of, 16                        |
| کے یاغوخات                       | — fontanelles of, 17                           |
| کے کسور                          | — fractures of, 27                             |
| قاعدہ کے                         | — base of, 31                                  |
| کا میکانیہ                       | — mechanics of, 28                             |
| عراپ کے                          | — vault of, 30                                 |
| مورکب                            | — compound, 23                                 |
| کی سختی اور لچک                  | — hardness and elasticity of, 14               |
| کے سرین نما ارتفاعات             | — nutiform elevations of, 19                   |
| کا تنخر                          | — necrosis of, 21                              |
| شیر خوار بچہ کی                  | — of infant, 15                                |
| کے جداری شقائق                   | — parietal fissures, of, 21                    |
| کے ستون                          | — pillars of, 28                               |
| کے نرم حصے جن سے یہ ڈھکی ہوتی ہے | — soft parts covering, 1                       |
| کے سطحی نقاط                     | — surface-points of, 34                        |
| کی درزی ہڈیاں                    | — sutural bones of, 16                         |
| کی درزیں                         | — sutures of, 15                               |
| ان کا بند ہونا                   | — closure of, 28                               |
| ان کی علیحدگی                    | — separation of, 34                            |
| کے مدغی خطہ کا لاشعاعی امتحان    | — temporal region of, X-ray examination of, 34 |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| نیم غشائی عضلہ کا وتر        | Semimembranosus tendon, 601                  |
| عضلہ شوکیہ نصفیہ             | Semispinalis muscle, 674                     |
| نیم وتری عضلہ کا وتر         | Semitendinosus tendon, 601                   |
| حسی حرکی وقبہ جات ہیچے کے    | Sensori-motor areas of brain, 52             |
| حسی وقبہ جات ہیچے کے         | Sensory areas of brain, 52, 55               |
| عصب کے کاٹنے کے اثرات        | — nerve, effects following section of, 142   |
| کے ریشہ جات کے تین اقسام     | — — — fibres, three kinds of, 143            |
| شلل حبل کے تضرعات میں        | — paralysis in injuries to cord, 695         |
| فاصل ناک کا                  | Septum of nose, 119                          |
| سمسمائی ہڈیاں                | Stapes, 634                                  |
| ساتواں عصب                   | Seventh nerve, 147                           |
| دور قصیر بنانا               | Short circuiting, 447, 463                   |
| کندھا                        | Shoulder, 258                                |
| کی سطحی تشریح                | — surface anatomy of, 258                    |
| کندھے کا جوڑ یا کندھے کے جوڑ | Shoulder-joint, 285                          |
| پڑ سے یہر                    | — amputation at, 297                         |
| کا سپنس کا طریقہ             | — — — Spence's method of, 297                |
| کی چسائے                     | — ankylosis of, 273                          |
| کے ارد گرد کی درجہ کی        | — bursa about, 286                           |
| کا کیسہ                      | — capsule of, 286                            |
| کا مرض                       | — disease of, 287                            |
| کا خلع                       | — dislocation of, 287                        |
| کے مشترک خصائص               | — — — common features of, 289, 290           |
| انصافی                       | — luxatio erecta, 289                        |
| زیر ترقوی                    | — subclavicular, 289                         |
| زیر غرابی                    | — subcoracoid, 289, 293                      |
| زیر وقبی                     | — subglenoid, 289, 293                       |
| زیر شوکی                     | — subspinous, 289, 293                       |
| کی زلابی غشا میں سے عطفات    | — diverticula from synovial membrane of, 288 |
| کے ارد گرد کے کسود           | — fractures about, 294                       |
| سپنس کی ردا                  | Hibson's fascia, 204                         |
| سکنا نما قق                  | Sigmoid hernia, 460                          |
| چنبر                         | — loop, 450                                  |
| فولون کی ماساریقا            | — mesocolon, 459                             |
| سنگانما پیپی                 | Sigmoidoscopy, 544                           |
| جونی - کہفکی                 | Sinus, cavernous, 41                         |
| جہی                          | — frontal, 125                               |



|                           |   |
|---------------------------|---|
| سفینہ                     | Scaphoid, 634                           |
| کا کسر                    | — fracture of, 356                      |
| کا تعظم                   | — ossification of, 662                  |
| کتف                       | Scapula, 258, 260, 272                  |
| اور دیلہ کے لئے علیہ      | — and operation for empyema, 260        |
| کا استیصال                | — excision of, 275                      |
| کا کسر                    | — fracture of, 274                      |
| کے جسم کا                 | — of body of, 275                       |
| جراحی عنق میں سے          | — through surgical neck of, 275         |
| کے حرکات                  | — movements of, 273                     |
| کے سلماٹ                  | — tumours of, 275                       |
| کی ”چناحیت“               | — “winging” of, 274                     |
| سکارپا کی ردا             | Scarp's fascia, 407                     |
| کی مثلث (دیکھو فخذی مثلث) | — triangle (see Femoral triangle)       |
| شلم کی قنال               | Schlemm, canal of, 82                   |
| نسائی شریان               | Sciatic artery, 562                     |
| قتق                       | — hernia, 411                           |
| عصب عظیم                  | — nerve, great, 556, 562, 563, 669      |
| کا اشراپ                  | — — — injection of, 564                 |
| کے تعلقات                 | — — — relations of, 562                 |
| کا اطباب                  | — — — stretching of, 563                |
| صفیر                      | — — — small, 551, 552                   |
| کٹاؤ کے اندر خلع          | — notch, dislocation into, 585, 587     |
| عرق النساء                | Sciatic, 562                            |
| صلبیہ                     | Sclera, 71                              |
| التوا                     | Scoliosis, 234, 675                     |
| صفن                       | Scrotum, 533                            |
| کے عروق لف                | — lymphatics of, 535                    |
| کا تہیج                   | — edema of, 534                         |
| کے اساریر                 | — rugae of, 533                         |
| کی جلد                    | — skin of, 533                          |
| کے اعصاب                  | — — — nerves of, 552                    |
| کی زیر جلدی بافت          | — subcutaneous tissue of, 533           |
| دھنی سلماٹ چاندولی کے     | Sebaceous tumours of scalp, 2           |
| نیم دائری قنال - خارجی    | Semicircular canal, external, 103       |
| نیم تجری غضروفات          | Semilunar cartilages, 600               |
| کا خلع                    | — — — dislocation of, 612               |
| کا میکانیہ                | — — — mechanics of, 612                 |
| عقدہ (دیکھو عقدہ گیسری)   | — — — ganglion (see Gas-trian ganglion) |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| عجری حرقی جوڑ           | Sacro-iliac joint, 500                     |
| تک رسائی                | — — — access to, 501                       |
| مرض میں درد پدید        | — — — disease of, referred pains in, 501   |
| کے عصبی تعلقات          | — — — nerve relations of, 501              |
| عجری نسائی سوداخ        | Sacro-sciatic foramen, 504                 |
| عجڑ کا خلع              | Sacrum, dislocation of, 502                |
| سیمی یا فوخ             | Sagittal fontanelle, 21                    |
| ریتی ناسور              | Salivary fistula, 133                      |
| سینٹورینی کی تینات      | Santorini, duet of, 476                    |
| کے شکافات               | — fissures of, 96, 149                     |
| صافی عصب۔ طویل          | Scaphenous nerve, long, 593                |
| فتحہ                    | — opening, 406, 566                        |
| وریدیں                  | — veins, 570, 571, 593, 606                |
| لحمی سلمی سمدانہ ناک کا | Sarcomatous polyp of nose, 123             |
| عضلہ خیاطیہ             | Sartorius muscle, 565, 568, 592            |
| کا خلع                  | — — — dislocation of, 595                  |
| عضلات مختلف الاضلاع     | Scalene muscles, 194                       |
| چاندلی                  | Scalp, 1                                   |
| کا خراج                 | — abscess of, 12                           |
| کے سلمات خون            | — blood tumours of, 13                     |
| کے عروق خون             | — — blood-vessels of, 6                    |
| کی اتصالی بافت          | — connective tissue of, 4                  |
| ذیر و جمجمی             | — — — subepicranial, 3, 4                  |
| کے دویرے                | — cysts of, 2                              |
| کا خطر ناک رقبہ         | — dangerous area of, 4                     |
| کا سرخ بارہ             | — erysipelas of, 6                         |
| کی ردا                  | — fascia of, 9                             |
| کی شحمی بافت            | — fatty tissue of, 3                       |
| کا دامن ترقان کرے میں   | — flap of, in trephining, 7, 22, 27        |
| کے دموی سلمات           | — hematomata of, 13                        |
| کے لمبی غدد اور عروق    | — lymphatic glands and vessels of, 10, 227 |
| کے اعصاب                | — nerves of, 10                            |
| کے دھنی سلمات           | — sebaceous tumours of, 2                  |
| کی جلد                  | — skin of, 2                               |
| کی ذیر جلدی بافت        | — subcutaneous tissue of, 2                |
| میں نتیج                | — suppuration in, 12                       |
| کا صدغی خطہ             | — temporal region of, 5                    |
| کی عرقیت                | — vascularity of, 7                        |
| کے زخم                  | — wounds of, 11                            |
| ان سے جریان خون         | — — — bleeding from, 7                     |

|  |  |
|--|--|
| شبکیہ                                  | Retina, 80                                 |
| کے عروق                                | — vessels of, 75                           |
| پس اعوری حفرہ                          | Retrocaveal fossa, 453                     |
| پس عارضی رقبہ                          | Retromalar area, 35                        |
| پس عجزی شحم                            | Retro-orbital fat, 60                      |
| پس ہادیطونی قفق                        | Retroperitoneal hernia, 446                |
| پس بلعومی خراج                         | Retropharyngeal abscess, 149, 185, 203     |
| پس خانی خراج                           | Retropubic abscess, 517                    |
| فضا                                    | — space, 517                               |
| ریشز ہشس کا سوداخ                      | Retzius, foramen of, 44                    |
| ترقیع لائف                             | Rhinoplasty, 6, 112                        |
| انف بینی - مقدم                        | Rhinoscopy, anterior, 115                  |
| موخر                                   | — posterior, 115                           |
| پسلیاں - پسلیوں                        | Ribs, 234, 350                             |
| حنقی                                   | — cervical, 204                            |
| پر کساحت کا اثر                        | — effect of rickets on, 238                |
| کاستیصال                               | — excision of, 239                         |
| کے کسور                                | — fractures of, 237                        |
| کساحت کا اثر - حوض پر                  | Rickets, effect of, on pelvis, 498         |
| پسلیوں پر                              | — — on ribs, 238                           |
| کھوپری پر                              | — — on skull, 18                           |
| قصیہ پر                                | — — on tibia, 632                          |
| کساحتی حوض                             | Rickety pelvis, 498                        |
| ” سبجہ “                               | — — rosary, 238                            |
| عظم الراكب                             | Rider's bone, 569                          |
| سوادوں کی موجیں                        | — sprains, 569                             |
| ریڈل کا لختہ                           | Riedel's lobe, 467                         |
| قنچۃ الزمار                            | Rima glottidis, 192, 211                   |
| ریوینی کا کٹاؤ                         | Rivini, notch of, 98                       |
| رولینڈو کا ثقاق                        | Rolando, fissure of, 20, 49, 53            |
| رینتی شعاعیں (دیکھو لاشعاوں سے امتحان) | Rontgen rays (see X-ray examination)       |
| روز نملر کا حفرہ                       | Rosenmüller, fossa of, 109                 |
| عضلات مدورہ شویہ                       | Rotatores spinæ muscles, 674               |
| روح کا عملیہ                           | Rouge's operation, 115                     |
| تاجک دار مٹانہ                         | Sacculated bladder, 521                    |
| تعجز                                   | Sacralization, 677                         |
| عجزی عصبی جوڑ کا خلع                   | Sacro-coccygeal joint, dislocation of, 502 |
| سلمات                                  | — — tumours, 502                           |

|   |   |
|---|---|
| معائنہ مستقیم کا خلقی فقدان             | Rectum, congenital absence of, 461                    |
| کا نقص                                  | ——— deficiency of, 461                                |
| کے تشوہات                               | ——— malformations of, 530                             |
| کا تمدد فوق حافی حصاء شکافی میں         | ——— distension of, in suprapubic lithotomy, 544       |
| کی تقسیم دو حصوں میں                    | ——— division of, into two parts, 544                  |
| کا استیصال                              | ——— excision of, 543                                  |
| میں سے غدہ قدامیہ وغیرہ کا استقصاء      | ——— exploring prostate, etc, through, 543             |
| کے شکن                                  | ——— folds of, 545                                     |
| میں اجسام غریبہ                         | ——— foreign bodies in, 544                            |
| عورت میں                                | ——— in female, 544                                    |
| شیرخوار بچہ میں                         | ——— in infant, 461                                    |
| کے عروق لمفہ                            | ——— lymphatics of, 548                                |
| کی غشاء مخاطی                           | ——— mucous membrane of, 545                           |
| کی عصبی رسد                             | ——— nerve supply of, 547, 551                         |
| جزوی استیصال                            | ——— resection of, 547                                 |
| کی مصلی غشا                             | ——— serous membrane of, 542                           |
| کے مصاریع                               | ——— valves of, 545                                    |
| کے عروق                                 | ——— vessels of, 546                                   |
| مستقیمہ بطنیہ                           | Rectus abdominis muscle, 378, 386                     |
| فخذیہ                                   | ——— femoris muscle, 592                               |
| باز گردنہ چری عصب                       | Recurrent laryngeal nerve, 217                        |
| درد بعید                                | Referred pain, 160, 250, 388, 393, 491, 501, 630, 646 |
| معکوس انقباض کسر سے                     | Reflex contraction from fracture, 306                 |
| احشائی مرض سے                           | ——— from visceral disease, 387                        |
| دبڈ کا قاعدی خط                         | Reid's base line, 25                                  |
| کلوی خراج                               | Renal abscess, 482                                    |
| شریان                                   | ——— artery, 381                                       |
| حصیات                                   | ——— calculi, 488                                      |
| حوض                                     | ——— pelvis, 479, 488                                  |
| نفثیہ                                   | ——— plexus, 553                                       |
| سلعات                                   | ——— tumour, 487                                       |
| (نیز دیکھو گردہ)                        | ——— (see also Kidney)                                 |
| تنفس حدود قری کی چوٹوں میں              | Respiration in spinal injuries, 695                   |
| تنفسی ورزشیں وضعی نوائیں میں            | Respiratory exercises in postural defects, 675        |
| حرکات جیسا کہ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتی ہیں | ——— movements as shown by X-rays, 254                 |
| شبکہ خصبہ                               | Retc testis, 511                                      |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| بوابی ضیق                          | Pyloric stenosis, 433                   |
| بواب                               | Pylorus, 432, 433                       |
| کا سرطان                           | — cancer of, 477                        |
| نا شپائی نما حفرہ                  | Pyriform foramen, 210                   |
| عضلہ قطنیہ مربعہ                   | Quadratus lumborum muscle, 674          |
| ذو اربعۃ الرؤس کے وتر کا انشقاق    | Quadriceps, tendon of, rupture of, 595  |
| عاذور تک رسائی                     | Quinsy, access to, 188                  |
| کعبری شریان                        | Radial artery, 327, 330, 351            |
| عصب                                | — nerve, 304, 305, 325, 361, 364, 365   |
| کا شلل                             | — — paralysis of, 504, 368, 370         |
| اپری زائد ے                        | — styloid processes, 336, 355           |
| کلی علاج ادبی قیق کا               | Radical cure of inguinal hernia, 405    |
| کعبری رسانی جوڑ                    | Radio-carpal joint, 336, 352            |
| شعاعی تشخیص (دیکھی لاشعاعی امتحان) | Radio-diagnosis (see X-ray examination) |
| کعبری ذراعیتی جوڑ                  | Radio-humeral joint, 300                |
| کعبرہ کا خلع                       | Radius, dislocation of, 317             |
| کے کسور                            | — fractures of, 323, 331                |
| کے تعلقات زندہ کے ساتھ             | — relations of, with ulna, 328          |
| کی سطحی ترسیمیں                    | — surface markings of, 328              |
| ریسٹلیٹ کا عملیہ                   | Rammstedt's operation, 433              |
| ضفدعی شریان اور ورید               | Ranine artery and vein, 170             |
| ضفدعہ                              | Ranula, 168                             |
| حاد                                | — acute, 169                            |
| خزانہ کیلوس                        | Receptaculum chyli, 257                 |
| مستقیم ملتقہ غدہ قدامیہ کا         | Rectal commissure of prostate, 523      |
| عضلات مستقیمہ کا انفراج            | Recti, divarication of, 381             |
| (مقلہ کے)                          | — muscles (eyeball), 64                 |
| قبلہ مستقیمہ مہبلی                 | Rectovaginal, 539                       |
| مستیمی قولونی عاصری خفہ            | Recto-colic sphincteric tract, 429      |
| مستیمی پرمعدی مثلث                 | Recto-epigastric triangle, 400          |
| مستیمی مہبلی یا سود                | Recto-vaginal fistula, 539              |
| مستیمی مثانی جیب                   | Recto-vesical pouch, 518, 542           |
| فاصل                               | — septum, 525                           |
| معائنہ مستیم                       | Rectum, 542                             |
| کی چسپیدگیاں                       | — attachments of, 505, 545              |
| کا سرطان                           | — cancer of, 547                        |

|                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| غده قدامیہ کے عروق لُف | Prostate, lymphatics of, 525      |
| کے اعصاب               | — nerves of, 525                  |
| کا افراز               | — secretion of, 523               |
| کا غلاف                | — sheath of, 524                  |
| قدامیہ برآری           | Prostatectomy, 526                |
| قدامی مہال             | Prostatic urethra, 527, 528       |
| رحمک                   | — utricle, 530                    |
| وریدی خفیہ             | — venous plexus, 513, 524         |
| التهاب قدامیہ          | Prostatitis, 525                  |
| نفر مرضی حس پذیری      | Protopathic sensibility, 143, 362 |
| حکۃ البرز              | Pruritus ani, 540                 |
| خسری خراج              | Psoas abscess, 415, 568           |
| عضلہ                   | — muscle, 568                     |
| پرینہ                  | Pterion, 16, 23, 49               |
| جینیجی عضلہ خا رجبی    | Pterygoid muscle, external, 158   |
| جینیجی چانوی رباط      | Pterygo-mandibular ligament, 169  |
| استرخا - شکمی          | Ptosis, abdominal, 423, 445, 448  |
| چفن کا ( سقوط الجفن )  | — of eyelid, 66                   |
| پیکر کا                | — of liver, 467                   |
| معدہ کا                | — of stomach, 432                 |
| عظم ہانی پر کا خلع     | Pubes, dislocation upon, 585, 590 |
| کے کسور                | — fractures of, 500               |
| عانی ملتقہ             | Pubic commissure, 523             |
| خط                     | — line, 553                       |
| شوکہ                   | — spine, 379                      |
| حیائی قنق              | Pudendal hernia, 411              |
| حیائی شریان            | Pudic artery, 512                 |
| عصب                    | — nerve, 551, 552                 |
| ”کھینچی ہوئی کہنی“     | “Pulled elbow,” 319               |
| رثوی سکتہ              | Pulmonary apoplexy, 249           |
| دانت کا مغز            | Pulp, dental, 163                 |
| نقاط دمعیہ             | Puncta lacrimalia, 89             |
| حدقی غشا               | Pupillary membrane, 73            |
| تاییح ا لدم میں جگر    | Pyæmia, liver in, 469             |
| برابی دھنہ             | Pyloric orifice, 432              |
| عامرہ                  | — sphincter, 429                  |
| کی بیش پارورش          | — hypertrophy of, 433             |

|   |  |
|---|--|
| ما بھنی اعصاب                           | Popliteal nerves, 6p2                                |
| کا شلل                                  | —— paralysis of, 670                                 |
| فضا (دیکھو گھٹنے کی ما بھنی فضا)        | —— space (see Knee, popliteal space of)              |
| عروق                                    | —— vessels, 605, 623                                 |
| بانی دوران خون کا تسدد                  | Portal circulation, obstruction of, 494              |
| پس اذینی لمبی غدد                       | Postauricular lymphatic glands, 227                  |
| پس مرکزی تلفیف                          | Postcentral convolution, 52                          |
| موخر منخرین                             | Posterior nares, 115                                 |
| انف بینی                                | —— rhinoscopy, 115                                   |
| فوقی شوکہ                               | —— superior spine, 554                               |
| پس بستہ ضفیرہ                           | Postfixed plexus, 204, 205                           |
| پس انفی بالمیدیں                        | Postnasal growths, 184                               |
| پس کلوی ردا                             | Postnephric fascia, 482                              |
| خلف البلموم خراج (دیکھو پس بلمومی خراج) | Postpharyngeal abscess (see Retropharyngeal abscess) |
| وضعی معکوسات                            | Postural reflexes, 637                               |
| پاٹ کا مرض                              | Pott's disease, 233, 683                             |
| کا کسر                                  | —— fracture, 649                                     |
| پوپارٹ کا رباط                          | Poupart's ligament, 379, 565                         |
| پیش اذینی لمبی غدد                      | Presauricular lymph-glands, 227, 229                 |
| پیش مرکزی تلفیف                         | Precentral convolution, 52                           |
| پیش بستہ ضفیرہ                          | Prefixed plexus, 204, 205                            |
| پیش منفذی نقطہ                          | Premeatal point, 35, 37                              |
| پیش کلوی ردا                            | Prenephric fascia, 482                               |
| حلینات غلفہ                             | Preputial ocelli, 533                                |
| فشادی عطافات                            | Pressure diverticula, 223                            |
| پیش، مثانی فضا                          | Prevesical space, 517                                |
| زائدہ رسنگی                             | Processus funicularis, 402                           |
| غعدیہ                                   | —— vaginalis 397, 400, 401, 403, 405                 |
| اکیباب                                  | Pronation, 329                                       |
| غذاہ قدامیہ                             | Prostate, 513, 523                                   |
| کا خراج                                 | —— abscess of, 525                                   |
| کا کیسہ                                 | —— capsule of, 523                                   |
| کی ملتات                                | —— commissures of, 523                               |
| کی قناتیں                               | —— ducts of, 523                                     |
| کی بیش پرووش                            | —— hypertrophy of, 525                               |
| کی لختسے                                | —— lobes of, 523                                     |

|   |  |
|---|--|
| فوتوفوبیا                                 | Photophobia, 77                                |
| ڈایا ٹرا می عصب                           | Trochlear nerve, 190, 250                      |
| ام جنو نہ                                 | Pia mater, 49, 691                             |
| کبوتر سینک                                | Pigeon breast, 233                             |
| پواسید                                    | Piles, 546                                     |
| پنگ پانگ کینڈ کے کسور                     | Ping-pong ball fractures of, 15                |
| سروان الاذن                               | Pinna, 93                                      |
| پروگاف کا ہتر                             | Pirogeff's amputation, 666                     |
| نخامی جسم                                 | Pituitary, body, 45                            |
| تک رسائی                                  | ———— access to, 47                             |
| حفرہ                                      | ———— fossa, 37                                 |
| سلبات                                     | ———— tumours, 47                               |
| انجمی جراب (شریانی) کے زخم                | Plantar arch (arterial), wounds of, 643        |
| کالیم                                     | ———— maintenance of, 653                       |
| شریانی                                    | ———— arteries, 636                             |
| ردا                                       | ———— fascia, 636, 638                          |
| اعصاب                                     | ———— nerves, 637                               |
| انجمی کے وتر کا انشعاق                    | Plantaris tendon, rupture of, 628              |
| عضلہ منتشرہ                               | Platyisma myoides, 191                         |
| پلورا                                     | Pleura, 247                                    |
| کی عصبی رسد                               | ———— nerve supply of, 240                      |
| کے تعلقات سطح کے ساتھ                     | ———— relations of, to surface, 247             |
| کے زخم                                    | ———— wounds of, 203, 347                       |
| پلورائی انفجانات                          | Pleural adhesions, 249                         |
| سہفہ کا پرل                               | ———— cavity, paracentesis of, 233              |
| تہیہ ہلالی                                | Plicae semilunaris, 188                        |
| ذیر لسانی                                 | ———— sublingualis, 168                         |
| مثنی                                      | ———— triangularis, 188                         |
| عرق کے تعلقات (شکل ۹۱)                    | ———— vascularis, relations of, 402 (Fig. 91)   |
| استرواح الصدر                             | Pneumothorax, 247                              |
| پولٹزر کا طریقہ اذن وسطی کو متنفخ کرنے کا | Politzer's method of inflating middle ear, 108 |
| پولیا کا عملیہ                            | Polya's operation, 439                         |
| سعدانے - ناک کے                           | Polypi, nasal, 122                             |
| مابقی خراج                                | Popliteal abscess, 604                         |
| شریان                                     | ———— artery, 605, 623                          |
| کانورسا                                   | ———— aneurysm of, 605, 607                     |



|   |   |
|---|---|
| حرکت دودی غذائی خطہ میں                 | Peristalsis in alimentary tract, 429, 452           |
| حالب میں                                | — in ureter, 489                                    |
| باریطونی انضمامات                       | Peritoneal adhesions, 422                           |
| روابط                                   | — communications, 422                               |
| فضائیں                                  | — spaces, 422                                       |
| باریطون                                 | Peritoneum 418                                      |
| کے حفرہ جات                             | — fossae of, 399, 453                               |
| کے ساتھ مثانہ کے تعلقات                 | — relations of bladder to, 517                      |
| کی پن ڈھالیں                            | — watersheds of, 422                                |
| التهاب باریطون                          | Peritonitis, 418                                    |
| شعلی شریان                              | Peroneal artery, 626, 628                           |
| عضلات                                   | — muscles, 625                                      |
| عصب                                     | — nerve, 605, 626                                   |
| کا شلل                                  | — — paralysis of, 670                               |
| بند                                     | — retinaeulum, 640                                  |
| وتر                                     | — tendon, 635                                       |
| درنہ                                    | — tubercle, 635                                     |
| قدم مکھف                                | Pes cavus, 638, 660                                 |
| پٹی کی مثلث                             | Petit's triangle, 380, 416                          |
| حجری فلسمانی درز                        | Petro-squamous suture, 101                          |
| ورید                                    | — vein, 101   |
| سلامیات پاؤں کی انگلیوں کے - ان کے کسور | Phalanges of toes, fractures of, 662                |
| انگوٹھے کے قریبی سلامیہ کا خلع          | Phalanx of great toe, proximal, dislocation of, 662 |
| وہی سالمہ                               | Phantom tumour, 386                                 |
| بلعومی شریان سمودی                      | Pharyngeal artery, ascending, 182, 189              |
| عطفہ                                    | — diverticulum, 183                                 |
| دھہ بوسٹیکین نیلی کا                    | — orifice of Eustachian tube, 108                   |
| جیبیں                                   | — pouches, 223                                      |
| گوشہ                                    | — recess, 109                                       |
| عاصرہ                                   | — sphincter, 429                                    |
| لوزہ                                    | — tonsil, 109, 184                                  |
| بلعوم                                   | Pharynx, 182  |
| کے ابعاد                                | — dimensions of, 182                                |
| میں اجسام غریبہ                         | — foreign bodies in, 182                            |
| کے غدد لف                               | — lymphatic glands of, 229                          |
| کی غشائے غاطی                           | — mucous membrane of, 183                           |
| میں غدہ آسایات                          | — adenoid tissue in, 184                            |
| کے تعلقات                               | — relations of, 185                                 |
| التهاب ورید فخذی ورید کا                | Phlebitis of femoral vein, 570                      |
| وریدی حصیات                             | Phleboliths, 489                                    |

|                          |                                   |
|--------------------------|-----------------------------------|
| حوضی احشاء تک رسائی      | Pelvic viscera, access to, 564    |
| کی تثبیت اور انکیے حرکات | ———fixation and movements of, 505 |
| کے اعصاب                 | ———nerves of, 551                 |
| حوض                      | Pelvis, 497                       |
| کی محراب                 | ——arch of, 497                    |
| کی ردا                   | ——fascia of, 503                  |
| کافرش                    | ——floor of, 503                   |
| اس کے دوزن               | ——apertures in, 503               |
| کے کسود                  | ——fractures of, 498               |
| کامیکانیہ                | ——mechanism of, 497               |
| کے اعصاب                 | ——nerves of, 551                  |
| کلوی                     | ——renal, 479, 488                 |
| کساحت زدہ                | ——rickety, 498                    |
| میں ممانے مغیر           | ——small intestine in, 441         |
| کی زیر مصلی بافت         | ——subserous tissue of, 506        |
| قضیبی مبال               | Penile urethra, 527, 529          |
| قضیب                     | Penis, 531                        |
| کی غیرطبیعی حالتیں       | ——abnormalities of, 532           |
| کے عروق لاف              | ——lymphatics of, 531              |
| کی جلد                   | ——skin of, 531                    |
| کے اعصاب                 | ——nerves of, 551                  |
| کی زیرجلدی بافت          | ——subcutaneous tissue of, 531     |
| کی عرقیت                 | ——vascularity of, 531             |
| قرحہ نائب پاؤں کا        | Perforating ulcer of foot, 638    |
| گردقالبہ                 | Pericardium, 251                  |
| کا پرل                   | ——paracentesis of, 239, 253       |
| گردجمہ                   | Pericranium, 4                    |
| عجانی ردا                | Perineal fascia, 511              |
| فتق                      | ——hernia, 411                     |
| حصات شکافی               | ——lithotomy, 514                  |
| عجری بول                 | ——urethra, 527                    |
| گردکلوئی خراج            | Perinephric abscess, 481          |
| عجان مردانہ              | Perineum, male, 507               |
| کی گمراہی                | ——depth of, 509                   |
| کے اعصاب                 | ——nerves of, 551, 552             |
| گردسنی غشا               | Periodontal membrane, 163         |
| گردعظمہ                  | Periosteum, 5                     |
| گردکلوئی کیاسہ           | Perirenal capsule, 482            |
| شحم                      | ——fat, 482                        |

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| شل خفیلہ نیچرہ کا             | Paralysis of trapezius, muscle, 273           |
| زندہ عصب کا                   | — of ulnar nerve, 373                         |
| شلی ایلیش                     | Paralytic ileus, 442                          |
| نزد وسطی شکاف                 | Paramedian incision, 389, 438, 487            |
| نزد چولہ جات                  | Parasipoids, 40                               |
| ہلکی جنینات                   | Parasitic foetuses, 502                       |
| نزد دوق اجسام                 | Parathyroid bodies, 220                       |
| جدارہی ہڈی کے تہلات           | Parietal bone, relations of, 31               |
| شفاق                          | — fissure, 21                                 |
| جدارہی قذالی شفاق             | Parieto-occipital fissure, 51                 |
| داحس                          | Paronychia, 342                               |
| نکفی خراج                     | Parotid abscess, 149                          |
| قنات                          | — duct, 152                                   |
| ردا                           | — fascia, 148                                 |
| غدد                           | — gland, 147                                  |
| کاتاہاب                       | — inflammation of, 152                        |
| لمی غدد                       | — lymphatic glands, 152, 227                  |
| عصبی رسد                      | — nerve supply, 149                           |
| خطہ                           | — region, 147                                 |
| ساختن                         | — structures, 150                             |
| سلمات                         | — tumours, 152                                |
| پرٹ کے کریب                   | Parrot's nodes, 19                            |
| جزو منافی                     | Pars triangularis, 51                         |
| دھنہ (چپی)                    | Patella, 599                                  |
| کی رسد خون                    | — blood supply of, 601                        |
| کی خلای عدم موجودگی           | — congenital absence of, 617                  |
| کانہو                         | — development of, 617                         |
| کاخلع                         | — dislocation of, 617                         |
| کے کسور                       | — fractures of, 615                           |
| رضنی درجہ                     | Patellar bursa, 603                           |
| رباط                          | — ligament, 599, 610                          |
| صدری غدد                      | Pectoral glands, 243                          |
| صدریہ کبیرہ                   | Pectoralis major, 261                         |
| صغیرہ                         | — minor, 262, 277                             |
| حوضی خراج                     | Pelvic abscess, 574                           |
| قولون                         | — colon, 457, 459                             |
| کے مخاطی طبقہ کے مضاعف عظامات | — multiple diverticula of mucous coat of, 461 |
| عبری بول                      | — prethra, 527                                |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| عقبہ و زنجیر، طویلہ کا وتر   | Palmaris longus tendon, 334              |
| جنتی شریانیں                 | Palpebral arteries, 75                   |
| رہا                          | — ligament, 90                           |
| سٹاکٹما غدیدہ                | Pampiniform plexus, 537                  |
| لبلیہ                        | Pancreas, 476 -                          |
| کا سرطان                     | — cancer of, 477 -                       |
| کا اندرونی افراز             | — internal secretion of, 478             |
| لبلیہ دورے                   | Pancreatic cysts, 478                    |
| قناتیں                       | — ducts, 476 .                           |
| سبل                          | Pannus, 70                               |
| تبہج حلیسی                   | Papillœdema, 81                          |
| چل گرد قلبہ کا               | Paracentesis of pericardium, 239, 253    |
| پلوراٹی کھنکھ کا             | — of pleural cavity, 238                 |
| شلل شوکی تضزرات میں          | Paralysis in spinal injuries, 695        |
| مادم ساقی عصب کا             | — of anterior crural nerve, 607          |
| ڈوارا سین کا                 | — of biceps, 268                         |
| عضدی ضمیرہ کا                | — of brachial plexus, 368                |
| عضلہ عضدیہ کا                | — of brachialis muscle, 268              |
| عضلہ عضدیہ کمبریہ کا         | — of brachio-radialis muscle, 268        |
| عنقی مشارکی کا               | — of cervical sympathetic, 68            |
| ارب کا                       | — of Erb, 282                            |
| خارجی ما بطنی عصب کا         | — of external popliteal nerve, 670       |
| وجہی عصب کا                  | — of facial nerve, 90, 151               |
| پا نیویں عصب کی قسمت اول کا  | — of first division of fifth nerve, 67   |
| چوتھے عصب کا                 | — of fourth nerve, 67                    |
| داخلی ما بطنی عصب کا         | — of internal popliteal nerve, 670       |
| طویل مددی عصب کا             | — of long thoracic nerve, 273            |
| وسطی عصب کا                  | — of median nerve, 376                   |
| عضلی مرغولی عصب کا           | — of musculo-spiral nerve, 304, 368, 370 |
| عصب ساد کا                   | — of obturator nerve, 669                |
| حرک الامین عصب کا            | — of oculo-motor nerves, 67              |
| عجری اعصاب کا                | — of orbital nerves, 66                  |
| شظی عصب کا                   | — of peroneal nerve, 670                 |
| مہین نما عضلات کا            | — of rhomboid muscles, 273               |
| عضلہ منشار نہ کمبریہ کا      | — of serratus magnus, 273                |
| چھٹے عصب کا                  | — of sixth nerve, 67                     |
| معاے مہیر کا                 | — of small intestine, 441                |
| تیسرے عصب کا                 | — of third nerve, 66                     |
| قضیبی (داخلی ما بطنی) عصب کا | — of tibial nerve, 670                   |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| عجری کے عضلات            | Orbit, muscles of, 64                      |
| کے اعصاب                 | — nerves of, 66                            |
| کا شلل                   | — — — paralysis of, 66                     |
| کی دیوادیوں کے تعلقات    | — relations of walls of, 60                |
| میں سلمات                | — tumours in, 61                           |
| نابضہ                    | — — — pulsating, 65                        |
| عجری خراج                | Orbital abscess, 60                        |
| شحم                      | — fat, 60                                  |
| عضلہ عجریہ               | Orbitalis muscle, 68                       |
| عظم المقب                | Os calcis, 634, 635                        |
| کے کسود                  | — — — fractures of, 661                    |
| کا تعظم                  | — — — ossification of, 662                 |
| عظم تازی                 | — capitatum, 356                           |
| لا کے کسود               | — innominatum, fractures of, 499           |
| کبیر کا خلع              | — magnum, dislocation of, 356              |
| مثلث                     | — trigonum, 661                            |
| عظمی تیبہ                | Ossaceous labyrinth, 110                   |
| استخوانچے کان کے         | Ossicles of ear, 100, 101, 103             |
| التهاب العظم تشومی       | Osteitis deformans, 19                     |
| عظمی ترقیمی دامن         | Osteoplastic flap, 27                      |
| مبیضی حوضی رباط          | Ovario-pelvic ligament, 541                |
| مبیض                     | Ovary, 540                                 |
| کے عروق لف               | — lymphatics of, 540                       |
| کے اعصاب                 | — nerves of, 540                           |
| کے پرورشی اثرات          | — trophic influence of, 540                |
| سے متعلق آثاری ساختیں    | — vestigial structures connected with, 541 |
| پاسینی کے اجسام پاؤں میں | Pacinian bodies in foot, 637               |
| ہاتھ میں                 | — — — in hand, 341                         |
| درد کا احساس             | Pain, sensation of, 362                    |
| حنك                      | Palate, 177                                |
| مشقوق                    | — cleft, 177                               |
| کا نمو                   | — development of, 177                      |
| الصلب                    | — hard, 179                                |
| کے لئی غدود              | — lymphatic glands of, 229                 |
| الرخو                    | — soft, 180                                |
| کئی خراج                 | Palmar abscess, 345                        |
| صفاق                     | — aponeurosis, 338, 343                    |
| عراہیں                   | — arches, 330, 350                         |
| سطح                      | — surface, 336                             |

|                         |                                   |
|-------------------------|-----------------------------------|
| سنی زائده               | Odontoid process, 682             |
| سنی سلیمان              | Odontomes, 163                    |
| مری شکافی               | Oesophagotomy, 224                |
| مری                     | Oesophagus, 220                   |
| کا سرطان                | — cancer of, 223                  |
| کے خم                   | — curves of, 221                  |
| میں اجسام غریبہ         | — foreign bodies in, 223          |
| کے تشوہات               | — malformations of, 223           |
| کے علاقہ جات            | — relations of, 222               |
| کی حسی حسی رسد          | — sensory nerve supply of, 223    |
| کے عضلات عامرہ          | — sphincters of, 222, 420         |
| ذج                      | Olecranon, 309                    |
| کا بربالہ               | — epiphysis of, 323               |
| کے کسور                 | — fractures of, 323               |
| شمی اعصاب               | Olfactory nerves, 124             |
| قولون کا اومیکا نماجنبر | Omega loop of colon, 459          |
| ثربی قتی                | Omental hernia, 420               |
| تاجہ                    | — sac, 420                        |
| ثرب - معدی کبدی         | Omentum, gastro-hepatic, 436, 471 |
| کبیر                    | — great, 419                      |
| کستفہ لامیہ             | Omo-hyoid, 193                    |
| ناخن کی گدی کا التهاب   | Oxychia, 342                      |
| رمد مشارکی              | Ophthalmia, sympathetic, 70       |
| بصری قرص                | Optic disc, 81                    |
| سوراخ                   | — foramen, 37, 81                 |
| عصب                     | — nerve, 66, 80                   |
| عصب کا التهاب           | — neuritis, 81                    |
| عرشہ                    | — thalamus, 52                    |
| حاشیہ مسنن              | Ora serrata, 80                   |
| عضلہ محیطۃ العینیہ      | Ocularis oculi, 90                |
| کا تشنج                 | — spasm of, 77                    |
| عوجر                    | Orbit, 59                         |
| میں خراج                | — abscess in, 60                  |
| کے اندر تک رسائی        | — access to interior of, 59       |
| کے عروق خون             | — blood-vessels of, 65            |
| کی عظمی دیواریں         | — bony walls of, 59               |
| کے قطر                  | — diameters of, 59                |
| میں اجسام غریبہ         | — foreign bodies in, 61           |
| کے غدود لف              | — lymphatic glands of, 229        |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| حلمہ (بھٹو)                    | Nipple, 242                                 |
| حلمے - مستزاد                  | Nipples, supernumerary, 243, 587            |
| عدم اتحاد ذراعیہ کے کسر کے بعد | Non-union after fracture of humerus, 306    |
| ناک                            | Nose, 112                                   |
| سے جریان خون                   | — bleeding from, 123                        |
| کی رسد خون                     | — blood supply of, 123                      |
| کی ہڈیوں کا کسر                | — bones of, fracture of, 113                |
| کا غضروفی حصہ                  | — cartilaginous part of, 113                |
| کا فرش                         | — floor of, 120                             |
| میں اجسام غریبہ                | — foreign bodies in, 118                    |
| کے عروق لف                     | — lymphatics of, 123                        |
| کے منافذ                       | — mentuses of, 114, 119                     |
| میں جوچوں اور قناتیں کھلتی ہیں | — — sinuses and ducts opening into, 114     |
| کی غشاء غاطی                   | — mucous membrane of, 121                   |
| کی عصبی رسد                    | — nerve supply of, 124                      |
| کی بیرونی دیوار                | — outer wall of, 119                        |
| کا فاصل                        | — septum of, 119                            |
| کی جلد                         | — skin of, 112                              |
| (نیز دیکو انی)                 | — (see also Nasal)                          |
| کٹاؤ روئی کا                   | Notch of Rivini, 98                         |
| ناک کی قنال                    | Nuck, canal of, 404                         |
| مغذی شریان                     | Nutrient artery, 300                        |
| عضلات موربہ تحتانیہ و فوقانیہ  | Oblique, inferior and superior, muscles, 65 |
| داخلہ و خارجہ                  | — — internal and external, muscles, 674     |
| ساد شریان - غیر طبی            | Obturator artery, abnormal, 408             |
| قنال                           | — canal, 410                                |
| خلع                            | — — dislocation, 585, 588                   |
| ردا                            | — fascia, 503                               |
| قتی                            | — hernia, 410                               |
| عصب                            | — nerve, 579                                |
| کا شلل                         | — — — paralysis of, 667                     |
| قذالی شریان                    | Occipital artery, 190                       |
| ہڈی کا تخریر                   | — bone, necrosis of, 173                    |
| یافوخ - عارضی                  | — fontanelle, temporary, 20                 |
| لمبی غدد                       | — lymphatic glands, 227                     |
| عصب صغیر                       | — nerve, small, 198                         |
| اٹنا حشری کی مسدودی            | Occlusion of duodenum, 445                  |
| عروک الہین اعصاب کا شلل        | Oculo-motor nerves, paralysis of, 67        |
| سنی نامضات                     | Odontoblasts, 163                           |

|                           |  |
|---------------------------|--|
| انفی عصب                  | Nasal nerve, 76, 78                          |
| سعدا نے                   | — polypi, 122                                |
| اجواف                     | — sinuses, 123                               |
| ( نیز دیکھو ناک )         | — (see also Nose)                            |
| انفی دمعی قنات            | Naso-lacrymal duct, 91                       |
| ناک ( دیکھو سرہ اور سری ) | Navel (see Umbilicus and Umbilical)          |
| زورق ہڈی ( دیکھو سفینہ )  | Navicular bone (see Scaphoid)                |
| گردن                      | Neck, 191                                    |
| کا خراج                   | — abscess of, 203                            |
| میں ہوا کی تاجہ           | — air-sac in, 232                            |
| میں پھیپھڑے کا داس        | — apex of lung in, 203                       |
| کے عروق خون               | — blood vessels of, 195, 224                 |
| کے عظمی نقاط              | — bony points of, 191                        |
| کے خلقی ناسور             | — congenital fistula of, 230                 |
| کی ردا ہیں                | — fascia of, 200                             |
| کا قبیلہ مائہ             | — hydrocele of, 232                          |
| کے لئی غدد                | — lymphatic glands of, 227, 229              |
| کا خط وسطی                | — middle line of, 192                        |
| کے عضلات                  | — muscles of, 193                            |
| کے اعصاب                  | — nerves of, 198                             |
| میں پسلیاں                | — ribs in, 205                               |
| کی جانب                   | — side of, 193                               |
| کی جلد                    | — skin of, 191                               |
| کی سطحی تشریح             | — surface anatomy of, 191                    |
| میں صدی ثنات              | — thoracic duct in, 229                      |
| کے زخم                    | — wounds of, 207                             |
| تخرقہ کا                  | Necrosis of maxilla, 153                     |
| کھوپڑی کا                 | — of skull, 21, 173                          |
| نیلین کا خط               | Nelaton's line, 557                          |
| گردہ برآدی                | Nephrectomy, 487                             |
| کلی حصان شکافی            | Nephrolithotomy, 487                         |
| عصبی اشراپ                | Nerve-injection, 140, 142, 281, 564          |
| اعصاب کے نقاط شکست        | Nerves, breaking-points of, 563              |
| حسی تراش کے بعد کے اثرات  | — sensory, effects following section of, 142 |
| ( نیز دیکھو مختلف خطے )   | — (see also various regions)                 |
| اطناب عصب                 | Nerve-stretching, 563                        |
| عصبی عروا ہیں             | Neural arches, 698                           |
| وجع العصب - وجعی          | Neuralgia, facial, 136                       |
| التهاب عصب - بصری         | Neuritis, optic, 81                          |



|                               |   |
|-------------------------------|---|
| منرو کا سوراخ                 | Monro, foramen of, 44                             |
| منرو کا نقطہ                  | Mouro's point, 426                                |
| منٹگمری کے جراب               | Montgomery's follicles, 242                       |
| مورگانی کے کالم               | Morgagni, columns of, 548                         |
| موتور کی رقبہ                 | Motor area, 26, 53                                |
| موتور کا شلل حبل کے تفرور میں | — ventres, paralysis of, in injuries to cord, 695 |
| منہ                           | Mouth, 165  |
| کے ادمیہ نما دیرے۔ خلقی       | — dermoid cysts of, congenital, 170               |
| کے لمبی غدہ                   | — lymphatic glands of, 229                        |
| کے دوقی دیرے۔ خلقی            | — thyroid cysts of, congenital, 170               |
| حرکت پذیر گردہ                | Movable kidney, 482                               |
| غاطی دیرے                     | Mucous cysts, 106                                 |
| غشا (دیکھو مختلف خطے)         | — membrane (see the various regions)              |
| سعدانہ ناک کا                 | — polyp of nose, 122                              |
| سٹیراٹروایا کبیر              | Multiangulum majus, 336                           |
| عضلات شوکیہ متعدد الحصى       | Multifidus spinae muscles, 674, 675               |
| سبادیر                        | Musca volitantes, 83                              |
| عضلات کی جماعت بندی بلحاظ فعل | Muscles, functional classification of, 352        |
| (نیز دیکھو نام بنام)          | — (see also name of each)                         |
| عضلی جلدی عصب                 | Musculo-cutaneous nerve, 300, 327                 |
| عضلی مرغولی (سبیری) عصب       | Musculo-spiral (radial) nerve, 304, 325, 368      |
| کا شلل                        | — — — — — paralysis of, 304, 370                  |
| عضلی منوی خفیرہ               | Myenteric plexus, 430                             |
| چانی لامی عضلہ                | Mylo-hyoid muscle, 139, 147, 156, 159             |
| تظمی التهاب عضلہ              | Myositis ossificans, 314                          |
| غاطی اذیمہ                    | Myxoedema, 219                                    |
| ہاتھ کے ناخن                  | Nails of hand, 342                                |
| منخرین مقدم                   | Nares, anterior, 115                              |
| موخر                          | — posterior, 115                                  |
| انفی کفہ جات                  | Nasal cavities, 114                               |
| بچوں میں                      | — — — in children, 116                            |
| کے لمبی غدہ                   | — — — lymphatic glands of, 229                    |
| کے تملات                      | — — — relations of, 117                           |
| کی چھت                        | — — — roof of, 118                                |
| کی شکلیں                      | — — — shapes of, 116                              |
| سے التهاب کا انتشار           | — — — spread of inflammation from, 117            |
| نطول                          | — douche, 118                                     |
| قنات                          | — duct, 91  |

| جراحی اطلاق تشریح جلد اول و دوم                          | اشارہ                                   | ۳۳ |
|--|---|----|
| Mental foramen, 139                                      | ذقی سوراخ                               |    |
| Mercier's bar, 521                                       | مرسیئر کی سلاخ                          |    |
| Mesenteric arteries, 381, 492                            | ما ساریتی شریانیں                       |    |
| — hernia, 446  | فتق                                     |    |
| — plexus, 491  | ضغیرہ                                   |    |
| Mesentery, 420   | ماساریتا                                |    |
| — attachment of, leakage along, after operation, 447     | کی چسپیدگی پر سے تراوش۔ عملیہ کے بعد    |    |
| — holes in, 421  | میں سوراخ                               |    |
| — imperfect attachments of, 421                          | کی ناقص چسپیدگیاں                       |    |
| — length of, 421   | کا طول                                  |    |
| — of appendix, 451                                       | زائدہ کی                                |    |
| — parietal attachment of, 420                            | کی چداری چسپیدگی                        |    |
| Mesocolic hernia, 446                                    | ماساریتی قولونی فتق                     |    |
| Mesocolon, 456   | ما ساریقائے قولون                       |    |
| Mesogastric hernia, 446                                  | ما ساریتی معدی فتق                      |    |
| Mesohepar, 468   | ماساریقائے جگر                          |    |
| Metacarpophalangeal joint of thumb, dislocations at, 357 | بمدرسمی سلامی جوڑاں گولھے کا۔ اسکے خلوع |    |
| Metatarsal bones, fractures of, 662                      | بمدرسماتی ہڈیوں کے کسور                 |    |
| Metatarso-phalangeal joints, 635, 641                    | بمدرسماتی سلامی جوڑ                     |    |
| Metopic suture, 17                                       | چہیتی درز                               |    |
| Micturition in spinal injuries, 520, 696                 | تبول شو کی ضررات میں                    |    |
| — nervous mechanism of, 520, 696                         | کا عصبی میکانیہ                         |    |
| Midcarpal joint, 352                                     | بین دسئی جوڑ                            |    |
| Midcolic sphincter, 429                                  | وسطی قولونی عامرہ                       |    |
| Middle ear, 101  | وسطی اذن                                |    |
| — blood supply of, 109                                   | کی رسدخون                               |    |
| — inflation of, 101                                      | کی تنغیخ                                |    |
| — lymphatics of, 110                                     | کے عروق لف                              |    |
| — (see also Tympanic cavity)                             | (نیز دیکھو کھنہ طیلی)                   |    |
| — meningeal artery, 39, 138                              | سجائی شریان                             |    |
| Middle-ear disease, cerebral abscess from, 52            | وسطی کان کے مرض سے پیدا شدہ دماغی خراج  |    |
| Midepigastric plane, 380, 425                            | وسطی برمعدی مستوی                       |    |
| — point, 425   | نقطہ                                    |    |
| Midhypogastric line, 426                                 | وسطی زیرمعدی خط                         |    |
| — point, 426   | نقطہ                                    |    |
| Midtarsal joint, 635                                     | وسطی سماریتی جوڑ                        |    |
| Midzygomatic point, 35, 37                               | وسطی وجئی نقطہ                          |    |
| — "Miner's elbow," 314                                   | "کان کن کی کھنی"                        |    |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| میکل کا عطفہ                        | Meckel's diverticulum, 386, 443                                       |
| کا عقدہ                             | — ganglion, 139   |
| کی فضا                              | — space, 137, 145   |
| وسطانی جلدی عصب                     | Medial cutaneous nerve, 300, 302, 312                                 |
| ”وسطی شریان“                        | “Median artery,” 351  |
| باسلیق ورید                         | — basilic vein, 308, 311  |
| کا انتخاب فصہ اور نقل الدم          | — — — selection of, for venesection, transfusion, and injections, 311 |
| اور اشرابات کے لئے                  | — cephalic vein, 308, 311   |
| قیفالی ورید                         | — commissure of prostate, 523   |
| ملتہ غده قدامیہ کا                  | — nerve, 303, 325, 328  |
| عصب                                 | — — — paralysis of, 370   |
| کا شلل                              | — vein, 311   |
| ورید                                | Mediastina, abscess of, 236, 254                                      |
| منصف کا خراج                        | — glands of, 255  |
| کے غد                               | — tumours of, 255   |
| کے سلعات                            | Mediotarsal joint, 652  |
| وسطانی ماری جوڑ                     | — — — amputation at, 366  |
| پر                                  | Medulla spinalis (see Spinal cord)                                    |
| بغاف شوکی (دیکھو جبل شوکی)          | Meibomian glands, 85  |
| میو می غدد                          | — cyst, 87  |
| دویرہ                               | Megarolon, 480  |
| کلافی قولون                         | Membrana tympani, 96  |
| غشائے طلی                           | — — — blood and nerve supply of, 100                                  |
| کی خونی اور عصبی رسد                | — — — light reflex of, 100  |
| کا مکوسہ نود                        | — — — rupture of, 96  |
| کا انشتاق                           | Membranous urethra, 512, 520  |
| غشائی مجری بول                      | Meningeal artery, anterior branch, 23                                 |
| سجائی شریان - مقدم شاخ              | — — — posterior branch, 24  |
| موخر شاخ                            | Meninges of brain, 38   |
| اسجیہ دماغ                          | — — — spread of inflammation to, from nose, 117, 118                  |
| تک التهاب کا انتشار ناک سے          | — of spinal cord, 684, 685, 686                                       |
| جبل شوکی                            | Meningitis from abscess in ear, 96                                    |
| التهاب سجایہ کان کے اندر کے خراج سے | — from inflammation of nasal fossae, 117, 118                         |
| انہی حفرہ جات کے التهاب سے          | — spinal, from bed-sores, 686   |
| شوکی بستری قروح سے                  | Meningocele, 20, 114, 119   |
| قیلہ سجائیہ                         | — spinal, 698   |
| شوکی                                | Meningo-myelocele, 698  |
| سجائی ابو قیلہ                      | Menisci (see Semilunar cartilages)                                    |
| هلا ایسے (دیکھو نیم قمری غضروفات)   |   |

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| پستانی شریان - داخلی            | Mammary artery, internal, 240, 254   |
| چانہ                            | Mandible, 155                        |
| کا اکلیل نما زائده              | — coronoid process of, 109           |
| کی بد شکائیاں                   | — deformities of, 180                |
| کا استیصال                      | — excision of, 158                   |
| کا کسر                          | — fracture of, 155                   |
| کے اعصاب                        | — nerves of, 160                     |
| چانوی مفصل                      | Mandibular joint, 157                |
| کا خلع                          | — dislocation of, 157                |
| کا خلع جزوی                     | — subluxation of, 158                |
| ید اللص                         | Manubrium, 225                       |
| چبانے کے عضلات                  | Mastication, muscles of, 160         |
| کا شنجی انقباض                  | — spasmodic contraction of, 173      |
| حلمی مفارہ                      | Mastoid antrum, 108                  |
| تک وسائی                        | — access to, 106                     |
| کا مدخل                         | — aditus of, 103                     |
| کی گہرائی                       | — depth of, 105                      |
| کی سطحی قوسم                    | — surface marking of, 106            |
| خلیات                           | — cells, 106                         |
| انی غدد                         | — lymphatic glands, 227              |
| زائده                           | — process, 103, 108                  |
| کے انواع اور اسکے اقسام         | — types and varieties of, 107        |
| حلمی جداری ستون                 | Masto-parietal pillar, 37            |
| تک                              | Maxilla, 153                         |
| کا استیصال                      | — excision of, 154                   |
| کا کسر                          | — fracture of, 153                   |
| کا تخریر                        | — necrosis of, 153                   |
| کے اعصاب                        | — nerves of, 160                     |
| کا سرحد عظمہ                    | — periosteum of, 153                 |
| فکی شریان - داخلی               | Maxillary artery, internal, 182, 189 |
| جوف ( دیکھو عائی مور کا مفارہ ) | — sinus (see Antrum of Highmore)     |
| منفذ سمعی خارجی ( سماخ الادن )  | Mentus, auditory, external, 37, 94   |
| کی رسد خون                      | — blood supply of, 96                |
| کی عصبی رسد                     | — nerve supply of, 97                |
| داخلی                           | — internal, 37                       |
| بحری بول کا                     | — of urethra, 520                    |
| منافذ ناک کے                    | Mentuses of nose, 114, 119           |

| جراحی اطلاقی تشریح جلد اول و دوم  | اشاریہ  | ۴۱ |
|-----------------------------------|---|----|
| قطنی قنرات کے مستعرض زوائد کا کسر | Lumbar vertebrae, transverse processes of, fracture of, 482 |    |
| عضلات قطنیہ کا شلل                | Lumbricales, paralysis of, 374                              |    |
| پھیپھڑا یا پھیپھڑے                | Lung, 245   |    |
| کا داس۔ گردن میں                  | — apex of, in neck, 203                                     |    |
| کے کہنہ جات کی مسیلت              | — cavities, drainage of, 249                                |    |
| کا مہبوط                          | — collapse of, 248, 249                                     |    |
| سے نری                            | — haemorrhage from, 248                                     |    |
| کا قن                             | — hernia of, 248  |    |
| کے کیستی دویرے                    | — hydatid cysts of, 249                                     |    |
| کے تعلقات سطح سے                  | — relations of, to surface, 245                             |    |
| کی جڑ کا تکشف                     | — root of, exposure of, 250                                 |    |
| کے ہوائی کیسکوں کا انشتاق         | — rupture of air-vesicle of, 248                            |    |
| کے زخم                            | — wounds of, 247  |    |
| ڈنہ اجماری                        | Lupus erythematosus, 112                                    |    |
| لشکا کا لوزہ                      | Luschka's tonsil, 109, 184                                  |    |
| خلع انتصابی                       | Luxatio erecta, 289   |    |
| کمہشکی لمبی وعائی سلمہ            | Lymphangioma cavernosum, 175                                |    |
| لمبی "سدار"                       | Lymphatic "cuirass," 241                                    |    |
| غدد اور عروق (دیکھو مختلف خطے)    | — glands and vessels (see various regions)                  |    |
| مکرڈی کا خط                       | McCurdy's line, 358   |    |
| کبرالسان                          | Macroglossia, 175   |    |
| میجنڈی کا سوراخ                   | Magendie, foramen of, 42, 41                                |    |
| عارضی زاویہ                       | Malar angle, 35   |    |
| ہڈی                               | — bone, 133   |    |
| کمہیے (ٹخنے)                      | Malleoli, 631   |    |
| "مٹھوڑی انگلی"                    | "Mallet-finger," 354  |    |
| پستان                             | Mamma, 240  |    |
| کی شربانیں                        | — arteries of, 240, 245                                     |    |
| کا سرطان                          | — cancer of, 240, 241, 242                                  |    |
| کا کیسہ                           | — capsule of, 240   |    |
| کا نمو                            | — development of, 240                                       |    |
| قنڈی مثلث میں                     | — in femoral triangle, 567                                  |    |
| پر مبیض کا اثر                    | — influence of ovary on, 540                                |    |
| کے بجاری لف                       | — lymph channels of, 241, 242                               |    |
| کے خفیروں کا صحیح تصور            | — plexuses, true conception of, 244                         |    |
| کا حلمہ                           | — nipple of, 242  |    |
| کی ساخت                           | — structure of, 241   |    |
| پستان نین۔ مستزاد                 | Mammæ, supernumerary, 245, 567                              |    |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| حصات شکافی - عجانی          | Lithotomy, perineal, 514                   |
| فوق عانی                    | —suprapubic, 514                           |
| جگر                         | Liver, 465                                 |
| کا خراج                     | —abscess of, 469                           |
| کا مرض                      | —disease of, 491                           |
| کی تثبیت                    | —fixation of, 467                          |
| تقیح الدم میں               | —in pyemia, 469                            |
| کی عصبی رسد                 | —nerve supply of, 491                      |
| پر کے علیہ جات              | —operations on, 467                        |
| کی جداری سطح                | —parietal surface of, 465                  |
| کا استرخاء                  | —ptosis of, 467                            |
| کے تعلقات                   | —relations of, 466                         |
| کا انشقاق                   | —rupture of, 468                           |
| میں ثانوی مطروحات           | —secondary deposits in, 469                |
| کی شکلی میں اختلافات        | —variations in form of, 467                |
| کی احشائی سطح               | —visceral surface of, 465                  |
| کے زخم                      | —wounds of, 468                            |
| کے منطقے                    | —zones of, 466                             |
| تعیین قیام ہیجس کے ضرورت کی | Localization of brain lesions, 52          |
| فلک بستگی                   | Lockjaw, 161                               |
| طولی جوف فوقانی             | Longitudinal sinus, superior, 40           |
| طویلہ عقیقہ عضلہ            | Longus colli muscle, 674                   |
| فٹا کولے کے مرض میں         | Lordosis in hip-joint disease, 577         |
| لونہی سن کا ترمیم شدہ عملیہ | Lotheisen's operation, modified, 499       |
| اسفل جارحہ کے عروق لف       | Lower limb, lymphatics of, 571             |
| کی عصبی رسد                 | — — — nerve supply of, 666, 671            |
| کے شللات                    | — — — paralyses of, 667                    |
| جوارح کا غیر مساوی طول      | —limbs, unequal length of, 598             |
| قطنی خراجات                 | Lumbar abscesses, 416                      |
| ردا                         | —fascia, 416                               |
| غدد                         | —glands, 492, 572                          |
| قتی                         | —hernia, 411                               |
| کچوکا                       | —puncture, 380, 688                        |
| خطہ                         | —region, 416                               |
| صود قری کا                  | — — — of spine, 674                        |
| اس کے تضدرات                | — — — injuries in, 676, 677, 679, 681, 693 |
| پسلی                        | —rib, 682                                  |
| مثلث                        | —triangle, 411                             |

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| ٹانگ کی ہڈیوں پر کساحت کا اثر  | Leg, rickets affecting bones of, 632        |
| کی جلد                         | — skin of, 626                              |
| کی سطحی تشریح                  | — surface anatomy of, 625                   |
| کی دوالی نما وریدیں            | — varicose veins of, 628                    |
| کے عروق                        | — vessels of, 626, 628                      |
| عدسہ                           | Lens, 79                                    |
| کی شریان                       | — artery to, 83                             |
| کا کیسہ                        | — capsule of, 79, 80                        |
| کا تعلیقی رباط                 | — suspensory ligament of, 79                |
| دافع مبرز                      | Levator ani, 503, 542                       |
| الحنك                          | — palati, 180, 182                          |
| الحنف                          | — palpebræ, 85                              |
| رباط زیر اسفزی                 | Ligamenta subflava, 683                     |
| رباط سجناف                     | Ligamentum laciniatum, 640                  |
| حفزیری (ویکھو گمبرناٹ کا رباط) | — lacunare (see Gimbernat's ligament)       |
| رضفی                           | — patellæ, 599, 610                         |
| مشطی قرحی                      | — pectinatum iridis, 82                     |
| ”سریں ملاح“                    | “Lighterman's bottom,” 561                  |
| خط ایمنی                       | Linea alba, 384                             |
| ہلالی                          | — semilunaris, 378, 426                     |
| خطوط جلی                       | Linea gravidarum, 382                       |
| مستعرض                         | — transversæ, 379                           |
| اسانی شریان                    | Lingual artery, 171, 191, 196               |
| عصب                            | — nerve, 169, 171                           |
| لوزہ                           | — tonsil, 173                               |
| زبان نما زائدہ                 | Lingiform process, 467                      |
| لب زیوین - اس کے سرطان میں اس  | Lip, lower, incision in epithelioma of, 167 |
| پر شکاف دینا                   | — — lymphatic drainage of, 166              |
| کی انی مسیلیت                  | — — glands of, 229                          |
| کے غدد لمف                     | Lipomata in deltoid region, 283             |
| شحمی سلعات خطہ دالیہ میں       | — in femoral triangle, 567                  |
| فخذی مثلث میں                  | — in suprahyoid region, 191                 |
| فوق لامی خطہ میں               | — on buttocks, 560                          |
| سریں پر                        | — rarity of, on face, 133                   |
| کا نادر الوقوع ہونا چہرہ پر    | Lips, 165                                   |
| لب                             | Lisfranc's operation, 666                   |
| اس فرینک کا عملیہ              | Litholapaxy, 514                            |
| حصات برآری                     | — in children, 514                          |
| بچوں میں                       |   |

|                        |   |
|------------------------|---|
| دمعی تاجہ              | Lacrymal sac, 89                            |
| حفزہ کبیرمبائی         | Lacuna magna, urethral, 530                 |
| تحدوہ                  | Lambda, 5                                   |
| تحدوی درز              | Lambdoid suture, 15                         |
| ورقہ غربالین           | Lamina cribrosa, 71                         |
| اسدر (قائم)            | — fusca, 72                                 |
| فوق مشیمی              | — suprachoroiden, 72                        |
| ورقہ برآری             | Laminectomy, 682                            |
| لینگرہانس کے جزیرک     | Langerhans, islets of, 478                  |
| حنجرہ غدد لف           | Laryngeal lymphatic glands, 227             |
| حنجرہ شکافی            | Laryngotomy, 23, 216                        |
| حنجرہ                  | Larynx, 209                                 |
| کا بالائی دوزن         | — aperture of, upper, 210                   |
| کی غضروفات             | — cartilages of, 210                        |
| کا کسر                 | — fracture of, 210                          |
| کے احبال               | — cords of, 211                             |
| کا استیصال             | — excision of, 212                          |
| میں اجسام غریبہ        | — foreign bodies in, 213, 217               |
| کے لفی غدد اور عروق    | — lymphatic glands and vessels of, 213, 229 |
| کی غشاء مخاطی          | — mucous membrane of, 212                   |
| کا بطن                 | — ventricle of, 232                         |
| جانبی تفرع             | Lateral anastomosis, 447                    |
| انحناء                 | — curvature, 234                            |
| داخلی رباط کبھی کا     | — ligament of elbow, internal, 311, 317     |
| رباطات گھٹنے کے جوڑ کے | — ligaments of knee joint, 608              |
| عضلات شکم کے           | — muscles of abdomen, 387                   |
| جوفی کا تکشف           | — sinus, exposure of, 25                    |
| بطینات                 | — ventricles, 52                            |
| ٹانگ                   | Leg, 625                                    |
| ہمیشہ درد کرنے والی    | — arching, 629                              |
| کا ہڈ                  | — amputation of, 633                        |
| کی ردا                 | — fascia of, 627                            |
| کے کسور                | — fractures of, 630                         |
| کی گنگرین              | — gangrene of, 628                          |
| کے عضلات               | — muscles of, 627                           |
| کی عصبی رسد            | — nerve supply of, 666                      |
| میں درد                | — pain in, 630                              |



|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| گھٹنے کی مابقی فضا                | Knee, popliteal space of, 601, 604           |
| میں خراج                          | ————— abscess in, 604                        |
| کے ارد گرد کی درجیکیں             | ————— bursa about, 607                       |
| کی ردا                            | ————— fascia of, 604                         |
| کے لمبی غدد                       | ————— lymphatic glands of, 606               |
| کے عضلات اور اوتار                | ————— muscles and tendons of, 604            |
| کی جلد                            | ————— skin of, 604                           |
| کے عروق                           | ————— vessels of, 601, 605                   |
| کی سطحی تشریح                     | ————— surface anatomy of, 599                |
| چوٹی (دیکھو رصفہ)                 | Knee-cap (see Patella)                       |
| گھٹنے کا جوڑ یا گھٹنے کے جوڑ      | Knee-Joint, 608                              |
| میں سے ہٹ                         | ————— amputation through, 621                |
| کی جساء                           | ————— ankylosis of, 609                      |
| کی بے ترتیبی                      | ————— derangement of, 612                    |
| کا مرض                            | ————— disease, 604, 610                      |
| کے خلوع                           | ————— dislocations of, 618                   |
| کی مسیت                           | ————— drainage of, 623                       |
| کا استیصال                        | ————— excision of, 621                       |
| کا استقصاء                        | ————— exploration of, 621                    |
| کے سمردونواح کا کسر               | ————— fracture about, 619                    |
| کے رباطات صلیبی                   | ————— ligaments of, crucial, 608, 610        |
| جانبی                             | ————— lateral 608                            |
| کے لئے حصول سکون                  | ————— rest for, to secure, 624               |
| کی زلابی غشا                      | ————— synovial membrane of, 609              |
| گھٹنوں کا ٹکڑا (دیکھو روح الرکبہ) | Knock-knee (see Genu valgum)                 |
| ”فیصلہ کن“ گھونسا                 | “Knock-out” blow, 31                         |
| کو خرکا طریقہ تکشف - زبان کے لئے  | Koche's exposure of tongue, 176              |
| کی ترجیع زبر غرابی خلع کی         | ————— reduction of subcoracoid luxation, 594 |
| تسم (کوزہ پشی)                    | Kyphosis, 234                                |
| شفرین کبیر                        | Labia majora, 538                            |
| شفوی شریانیں                      | Labial arteries, 166                         |
| اعصاب                             | ————— nerves, 165                            |
| تہ عظمی                           | Labyrinth, osseous, 110                      |
| دمعی خراج                         | Laryngeal abscess, 89                        |
| آلہ                               | ————— apparatus, 88                          |
| شربانیں                           | ————— arteries, 75                           |
| عدہ                               | ————— gland, 88                              |

|                                  |                                      |
|----------------------------------|--------------------------------------|
| التهاب قونیہ - رخنکی             | Keratitis, interstitial, 70          |
| کے کا سودا خ                     | Key, foramen of, 44                  |
| گردہ                             | Kidney, 478                          |
| کی غیر طبعی حالتیں               | — abnormalities of, 484              |
| کا خراج                          | — abscess of, 480, 482               |
| تک رسائی                         | — access to, 485                     |
| منظم                             | — adherent, 487                      |
| کا کیسہ                          | — capsule of, 482                    |
| کی کیسہ ربائی                    | — decapsulation of, 482              |
| کا نمو                           | — development of, 485                |
| کا اتحاد                         | — fusion of, 485                     |
| کا نافچہ                         | — hilus of, 479, 486                 |
| نعل نما                          | — horseshoe, 485                     |
| حرکت پذیر                        | — movable, 482                       |
| کی عصبی رسد                      | — nerve supply of, 490, 533          |
| پر کے عملیہ جات                  | — operations on, 485                 |
| کی باریطونی پوشش                 | — peritoneal investment of, 480      |
| کا عل وقوع                       | — position of, 479                   |
| کی شعاع نگاری                    | — radiography of, 479                |
| کے تملذات                        | — relations of, 478                  |
| کا انشقاق                        | — rupture of, 480                    |
| ”عجری“                           | — “sacral,” 484                      |
| مجرد                             | — single, 485                        |
| کی سطحی نشان دہی                 | — surface anatomy of, 479            |
| کے سلعات                         | — tumours of, 487                    |
| کے عروق                          | — vessels of, 381, 486               |
| کھٹنا یا گھٹنے                   | Knee, 509                            |
| کی سامنے کی طرف                  | — front of, 509                      |
| کی رسد خون                       | — blood supply of, 602               |
| پر کی درجہیں                     | — bursa over, 603                    |
| کی جلد                           | — skin of, 602                       |
| پر کی زیر جلدی جری               | — subcutaneous fat over, 602         |
| کے عروق لف                       | — lymphatics of, 603                 |
| میں درد - کولے کے جوڑ کے مرض میں | — pain in, in hip-joint disease, 570 |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| معی شنج                   | Intestinal spasm, 441                         |
| معائے کبیر (دیکھو قولون)  | Intestine, large (see Colon)                  |
| سفید                      | — small, 440                                  |
| کی سنگین                  | — — — — — gangrene of, 493                    |
| کا ٹھنڈ                   | — — — — — injury to, 442                      |
| کا طول                    | — — — — — length of, 440                      |
| پر عملیہ جات              | — — — — — operations on, 447                  |
| کی وضع                    | — — — — — position of, 440                    |
| کا جزوی استیصال           | — — — — — resection of, 447                   |
| کی تخنیق                  | — — — — — strangulation of, 441               |
| دروں جمعی خراج            | Intracranial abscess, 26, 52                  |
| دروں عجزی سلامت           | Intraorbital tumours, 81, 85                  |
| کو دور کرے کیلئے کروئین   | — — — — — Kronlein's route for removal of, 80 |
| کا راستہ                  | Intravenous injections, 311                   |
| دروں ویدی اشراہات         | Intravertebral veins, 255                     |
| دروں قتری ویدی            | Intussusception, 444, 453                     |
| انفصا د معوی              | Inversion movements, 654                      |
| دروں گردانی کی حرکتیں     | Iridectomy, 74, 84                            |
| قرحیہ برآری               | Iris, 72                                      |
| قرحیہ                     | — congenital absence of, 73                   |
| کی خلقی عدم موجودگی       | Iritis, 72                                    |
| التهاب قرحیہ              | Ischaemic contracture, 314                    |
| وقف الامی تبدیلات         | Iachial spine, 555                            |
| ورکی شوکہ                 | — — — — — as guide to ureter, 489             |
| بطور حال کے رہنے کے       | — — — — — tubercles, 555                      |
| حدیبہ جات                 | Ichio-rectal abscess, 509                     |
| ورکی مستقیم خراج          | — — — — — fossa, 509                          |
| حفرہ                      | — — — — — hernia, 411                         |
| قتی                       | Ischio-sacral arch, 497                       |
| ورکی عجزی عرواب           | Ischium, fractures of, 500                    |
| عظم ورکی کے کسور          | Island of Reil, 52                            |
| جزیرہ رائیل کا            | Islets of Langerhans, 478                     |
| جزیرہ لینگرہانس کے        | Isthmus of thyroid, 218, 219                  |
| درقیہ کی خاکنائے          | Jaws (see Mandible and Maxilla)               |
| جزیرے (دیکھو چانہ اود فک) | Jejunum, 440, 441                             |
| صائم                      | Joints, surgical classification of, 285       |
| جوڑوں کی جراحیاتی تقسیم   | — — — — — (see also name of each)             |
| (نیز دیکھو نام بہ نام)    | Jugular vein, external, 196                   |
| ودا جی ورید - خارجی       | — — — — — internal, 185, 195                  |
| دا خلی                    |   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| تحتانی ماسا رتی شریان     | Inferior mesenteric artery, 381         |
| ضفیرہ                     | — plexus, 401                           |
| عمیق شریان                | — profunda artery, 300                  |
| صدقی تلفیف                | — temporal convolution, 52              |
| دقی شریان                 | — thyroid artery, 220                   |
| ورید اجوف                 | — vein cava, 251, 493                   |
| تحت ترقوی دھرہ            | Inframaxillary fossa, 261               |
| ذیر عجری شریان            | Infraorbital artery, 140                |
| سوراخ                     | — foramen, 139                          |
| عصب                       | — nerve, 139                            |
| ورید                      | — vein, 140                             |
| نیمی حوضی رباط            | Infundibulo-pelvic ligament, 541        |
| تقع جہن جوف کا            | Infundibulum of frontal sinus, 130, 125 |
| اوبی قنال                 | Inguinal canal, 397                     |
| عورت میں                  | — in female, 404                        |
| قوان شگانی                | — eulotomy, 462                         |
| عطافات                    | — diverticula, 413                      |
| غدد                       | — glands, 571                           |
| قتق                       | — hernia, 396                           |
| رباط                      | — ligament, 379, 565                    |
| موروثی آتشک               | Inherited syphilis, 16                  |
| اشراب زیر عذقبوتی فضا میں | Injection into submandibular space, 688 |
| درون وریدی                | — intravenous, 311                      |
| اعصاب کا                  | — of nerves, 110, 142, 281, 561         |
| لا اسمی ہڈی               | Innominate bone, 497, 499               |
| ورید                      | — vein, 225                             |
| میان رسقی جوڑ             | Intercarpal joint, 352                  |
| بین ضلعی عضلات            | Intercostal muscles, 239                |
| فضائیں                    | — spaces, 238                           |
| بین ضلعی ذراعی عصب        | Intercosto-humeral nerve, 245           |
| بین المظامی عضلات کا سائل | Interosci, paralysis of, 373            |
| بین سکتی مدوی ہتر         | Interscapulo thoracic amputation, 275   |
| بین سکما نما دھرہ         | Intersigmoid fossa, 460                 |
| رخشکی التهاب قرنیہ        | Interstitial keratitis, 70              |
| بین درنی بھویف            | Intertubercular sulcus, 261             |
| بین فقری اتراص            | Intervertebral discs, 673               |
| وریدی                     | — veins, 255                            |
| معموی تنم                 | Intestinal anastomosis, 463             |
| تسد                       | — obstruction, 411                      |
| شلل                       | — paralysis, 411                        |

|                            |                                   |
|----------------------------|-----------------------------------|
| عظم لامی                   | Hyoid bone, 101, 102, 200         |
| کے قریب کے معین خدد        | — — — accessory glands about, 219 |
| کے نزدیک کی درجہ           | — — — bursa near, 209             |
| کا کسر                     | — — — fracture of, 209            |
| زیر معدی شقیہ              | Hypogastric plexus, 520           |
| نہت السانی عصب             | Hypoglossal nerve, 173, 196       |
| نظامیہ                     | Hypophysis, 15                    |
| کو شکی دم                  | Hypopyon, 82                      |
| تحت مبا لیت                | Hypospudias, 532                  |
| زیر اہامی فراز (فراز خنصر) | Hypothemal eminence, 336, 371     |
| لقائی اعودی حفرہ           | Ileo-caecal fossa, 453            |
| انقباض معوی                | — — — intussusception, 453        |
| دھنہ                       | — — — orifice, 448, 450           |
| خطہ                        | — — — region, 448                 |
| حاصرہ                      | — — — sphincter, 429, 450         |
| لقائی قولوی حفرہ           | Ileo-colic fossa, 453             |
| انقباض معوی                | — — — intussusception, 453        |
| لقائی                      | Ileum, 440, 441                   |
| حرقی خراج                  | Iliac abscess, 387, 414           |
| شریانیں                    | — — — arteries, 381               |
| قولون (دیکھو قولون)        | — — — colon (see Colon)           |
| قولون شکافی                | — — — colotomy, 462               |
| رد                         | — — — fascia, 413                 |
| خدد دا خلی                 | — — — glands, interal, 372        |
| شو کے                      | — — — spines, 554                 |
| حرقی مشطی رباط             | Ilio-pectineal ligament, 409      |
| حرقی خصری عضلہ             | Ilio-psoas muscle, 568            |
| حرقی قصبیتی بند            | Ilio-tibial band, 561, 592, 600   |
| برقہ کے شو کے              | Ilium, spines of, 554             |
| غیر منتقب مبرز             | Imperforate anus, 549             |
| کتی تلمہ                   | Incisura scapularis, 275          |
| سپانی قن                   | Infantile hernia, 403             |
| تحتانی اجونی نقطہ          | Inferior cecal point, 251         |
| سنی عصب                    | — — — dental nerve, 141           |
| جیبی تلفیف                 | — — — frontal convolution, 51     |
| بین لفظی رباط              | — — — interosseous ligament, 647  |
| فک (دیکھو چانہ)            | — — — maxilla (see Mandible)      |
| منفذ                       | — — — mentus, 119                 |
| کی سرانیت زدہ حالت         | — — — infertile state of, 122     |

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| کولے کے جوڑ کا مرض                   | Hip-joint disease, 575                                    |
| مومن                                 | ——— chronic, 576  |
| میں چارحہ کے اوضاع کا میکانیہ        | ——— mechanism of positions of limb in, 576                |
| کے خلوع                              | ——— dislocations of, 584                                  |
| ہر ایک قسم کی تشریح                  | ——— anatomy of each form of, 587                          |
| خلقی                                 | ——— congenital, 584                                       |
| تشد سے پیدا شدہ                      | ——— due to violence, 585                                  |
| کے متعلق عمومی امور                  | ——— general facts concerning, 585                         |
| کی ترجیح کے طریقے                    | ——— modes of reducing, 590                                |
| میں انصباب                           | ——— effusion into, 575                                    |
| پر کے کسور                           | ——— fractures about, 579                                  |
| کے حرکات                             | ——— movements of, 574                                     |
| کی عصبی رسد                          | ——— nerve supply of, 579                                  |
| بقراطی ہاتھ                          | Hippocratic hand, 342                                     |
| ہرش سپرننگ کا مرض                    | Hirschsprung's disease, 460                               |
| ہارنر کا عضلہ                        | Honner's muscle, 90                                       |
| نمل نما گردہ                         | Horseshoe kidney, 485                                     |
| ”ہوتنتوتی زھرہ“                      | ”Hottentot venus,” 559                                    |
| ذراعہ                                | Humerus, 258, 259, 285                                    |
| کے خلوع (دیکھو کندھے کے جوڑ کے خلوع) | ——— dislocations of (see Shoulder-joint, dislocations of) |
| کے سر کا استیصال                     | ——— excision of head of, 298                              |
| کے کسور                              | ——— fractures of, 294, 305, 319                           |
| کے بعد کا اتحاد آجیل یا عدم اتحاد    | ——— delayed union or non-union after, 308                 |
| میں عضلات کا متکوس انعقباض           | ——— reflex contraction of muscles in, 306                 |
| کی بالیدگی                           | ——— growth of, 306  |
| ہنٹری اسکولہ اکلیل کا                | Hunterian chancre on corona, 531                          |
| حشفہ کا                              | ——— on glans, 531   |
| ہنٹری کنال                           | Hunter's canal, 595                                       |
| غشائے شفائی                          | Hyaloid membrane, 79, 83                                  |
| کیستی دویرے پھیپھڑے کے               | Hydatid cysts of lung, 249                                |
| استسقاء فی قیلہ دماغیہ               | Hydroencephalocoele, 20, 114                              |
| قیلہ مائتہ                           | Hydrocele, 535  |
| کیسہ بند جیل کا                      | ——— encysted, of cord, 403                                |
| سگردن کا                             | ——— of neck, 232  |
| استسقاء دماغ                         | Hydrocephalus, 17, 44                                     |
| استسقاء گردہ                         | Hydronephrosis, 484                                       |
| لامیہ لسانہ عضلہ                     | Hyo-glossus muscle, 196                                   |

|   |  |
|---|--|
| فتق - شحمی                                | Hernia, fatty, 385                           |
| فخذی                                      | — femoral, 406                               |
| کے لئے حلیہ                               | — — operation for, 408                       |
| ہیبائی                                    | — infantile, 403                             |
| ادبی                                      | — inguinal, 396                              |
| بلا واسطہ                                 | — — direct, 400                              |
| بالواسطہ                                  | — — indirect, 399                            |
| مورب                                      | — — oblique, 399                             |
| کا کلی علاج                               | — — radical cure of, 405                     |
| رستکی زائده میں                           | — into funicular process, 403                |
| ورکی مستقیبی                              | — ischio-rectal, 411                         |
| قطنی                                      | — lumbar, 411                                |
| ماساریقی                                  | — mesenteric, 446                            |
| ماساریقی قولونی                           | — mesocolic, 446                             |
| ماسا وینی مدی                             | — mesogastric, 446                           |
| ساد                                       | — obturator, 410                             |
| پھیپڑے کا                                 | — of lung, 248                               |
| ثربی                                      | — omental, 420                               |
| ہجانی                                     | — perineal, 411                              |
| حیائی                                     | — pudendal, 411, 538                         |
| کے نادر الوقوع اقسام                      | — rare forms of, 411                         |
| پس با ربطونی                              | — retroperitoneal, 446                       |
| نسائی                                     | — sciatic, 411                               |
| سگما نما                                  | — sigmoid, 460                               |
| غنوق                                      | — — strangulated, 460                        |
| سری                                       | — umbilical, 385, 411                        |
| یقنوق میں مٹانہ                           | Herniæ, bladder in, 517                      |
| قطنی تا چسے                               | Hernial sacs, 397                            |
| نملہ منطقی                                | Herpes zoster, 78                            |
| ہیسل بیک کی مثلث                          | Hesselbach's triangle, 400                   |
| نیم قمری فرجہ                             | Hiatus semilunaris, 120                      |
| ہائی مورکا مغارہ (دیکھو مغارہ ہائی مورکا) | Highmore, antrum of (see Antrum of Highmore) |
| نا فیجہ گردے کا                           | Hilus of kidney, 479, 486                    |
| کولے کا خطہ                               | Hip, region of, 554                          |
| کولے کا جوڑ یا کولے کے جوڑ                | Hip-joint, 572                               |
| میں خراج                                  | — abscess in, 574                            |
| پر بتر                                    | — amputation at, 590                         |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| ہاتھ کی ظہری سطح                 | Hand, dorsal surface of, 339                 |
| کی رداہیں                        | — fasciae of, 337, 343                       |
| کے لیٹی خلائی                    | — fibrous sheaths of, 345                    |
| کے جوڑ                           | — joints of, 351                             |
| کے عروق الی                      | — lymphatics of, 350                         |
| کے ناخن                          | — nails of, 342                              |
| کی عصی رسد                       | — nerve supply of, 341, 364                  |
| کی کئی سطح                       | — palmar surface of, 336                     |
| کی جلد                           | — skin of, 336, 341                          |
| کی زیر جلدی بافت                 | — subcutaneous tissue of, 341                |
| کی سطحی تشریح                    | — surface anatomy of, 336                    |
| کی ہتھیلی کے عرق غدود            | — sweat-glands of palm of, 341               |
| کے زلابی کہنیے                   | — synovial cavities of, 356                  |
| انکے تاجیے                       | — sacs of, 346                               |
| انکے غلائی                       | — sheaths of, 347                            |
| کی لمبی حس پذیری                 | — tactile sensibility of, 341                |
| پہانسی سے موت واقع ہونے کا طریقہ | Hanging, mode of death from, 692             |
| حنك الصلب                        | Hard palate, 179                             |
| کی رسد خون                       | — blood supply of, 179                       |
| خرگوشی لب                        | Hare-lip, 177                                |
| سر اور گردن کے لئی غدود          | Head and neck, lymphatic glands of, 227      |
| قلب                              | Heart, 251                                   |
| کا تکشف                          | — exposure of, 252                           |
| میں اجسام غریبہ                  | — foreign bodies in, 253                     |
| کے تعلقات                        | — relations of, 251                          |
| کے زخم                           | — wounds of, 252                             |
| ایڑی کی پوششوں کی دموی رسد       | Heel, integuments of, blood supply of, 664   |
| کی عصی رسد                       | — nerve supply of, 665                       |
| لوبی (مرغولہ نما) کسور           | Helicoidal fractures, 596, 631               |
| کبدی خراج                        | Hepatic abscess, 469                         |
| مودوشی آشك                       | Hereditary syphilis (see Inherited syphilis) |
| فتی                              | Hernia, 396                                  |
| احودی                            | — caecal, 449                                |
| خلقی                             | — congenital, 385, 403                       |
| ڈایا فرامی                       | — diaphragmatic, 412                         |
| دویرہ بند                        | — encysted, 403                              |



|   |  |
|---|--|
| میزاب چلی مددی ہسلی کی بالائی سطح پر کا | Groove on upper surface of first thoracic rib, 207 |
| حاکمہ خصیہ کے تعلقات                    | Gubernaculum testis, relations of, 401             |
| غذا کی نلی (دیکھو مری)                  | Gullet ( <i>see</i> Esophagus)                     |
| مسمیاتی گرد حطی التهاب قفس کا           | Gummatous periostitis of sternum, 235              |
| مسوڑے                                   | Gums, 170  |
| نیچے کے جبڑے کے - کے لئی غدد            | — of lower jaw, lymphatic glands of, 229           |
| بندوق کے زخم گردن میں                   | Gunshot wounds in neck, 209                        |
| عصب ذائقہ (دیکھو لسانی عصب)             | Gustatory nerve ( <i>see</i> Lingual nerve)        |
| دموی دماغ چاندلی کے                     | Hæmatomata of scalp, 13                            |
| میوان الاذن پر                          | — on pinna, 96                                     |
| بول الدم                                | Hæmaturia, 480                                     |
| نفث الدم                                | Hæmoptysis, 249                                    |
| نری مٹیبہ سے                            | Hæmorrhage, from choroid, 72                       |
| جھپڑے سے                                | — from lung, 248, 249                              |
| کئی عرابوں سے                           | — from palmar arches, 350                          |
| زبان سے                                 | — from tongue, 172                                 |
| لوزہ سے                                 | — from tonsil, 189                                 |
| رحم سے                                  | — from uterus, 539                                 |
| مہبل سے                                 | — from vagina, 539                                 |
| زجاجی طبقہ میں                          | — into vitreous, 83                                |
| باسوری عروق اور اعصاب                   | Hæmorrhoidal vessels and nerves, 501, 546          |
| بواسیر                                  | Hæmorrhoids, 546                                   |
| دمی الصدر                               | Hæmothorax, 248, 249                               |
| صلب اجہام قدم                           | Hallux rigidus, 663                                |
| روح الاجہام                             | — valgus, 641                                      |
| دبلہ (دیکھو گھٹنے کی ماء بقی فضا)       | Ham ( <i>see</i> Knee, popliteal space of)         |
| مطرق انگشت پا                           | Hammer-toe, 668                                    |
| عضلات کا ذہ                             | Hamstring muscles, 592, 594, 604                   |
| خطی زائدہ                               | Hamular process, 180                               |
| ہاتھ                                    | Hand, 336  |
| کا خراج                                 | — abscess of, 345                                  |
| کے مفاقات                               | — aponeuroses of, 337, 343                         |
| کے عروق خون                             | — blood-vessels of, 350                            |
| کی ہڈیاں                                | — bones of, 351                                    |
| کی لکیریں                               | — creases of, 337                                  |
| کے خلوع                                 | — dislocations of, 356                             |

|                            |   |
|----------------------------|---|
| معدی اثنا عشری شریان       | Gastro-duodenal artery, 437             |
| معدی معوی تقویہ            | Gastro-enterostomy, 439                 |
| معدی ترقی شریان            | Gastro-epiploic artery, 436, 437        |
| معدی کبدی توب              | Gastro-hepatic omentum, 436             |
| معدی تقویہ                 | Gastrostomy, 438                        |
| تناسلی اعضا - زنانہ        | Generative organs, female, 538          |
| مردانہ                     | ———— male, 523, 531                     |
| عضلہ ذقنیہ لامیہ لسانیہ    | Genio-hyo-glossus muscle, 196           |
| تناسلی ساقی عصب            | Genito-crural nerve, 570                |
| دو ح الركبہ                | Genu valgum, 614                        |
| میں لٹنڈی کا پر بالہ       | ———— epiphysis of femur in, 615         |
| عفریتیت                    | Gigantism, 46                           |
| گیمبرنٹ کا رباط            | Gimbernat's ligament, 408               |
| تیغہ                       | Gladolus, 235                           |
| حشفہ قضیب                  | Glans penis, 531                        |
| کی غشائے مخاطی             | ———— mucous membrane of, 531            |
| سبز موتیا                  | Glaucoma, 83                            |
| سبز موتیائی پیالہ          | Glaucomatous cup, 85                    |
| گلینارڈ کا مرض             | Glenard's disease, 423, 432, 445, 448   |
| وچی کہنہ                   | Glenoid cavity, 271, 285                |
| رباطات                     | ———— ligaments, 353                     |
| گلوب (نیز دیکھو مقلہ)      | Globe, 69 (see also Eyeball)            |
| الوی خراج                  | Gluteal abscess, 560                    |
| انورسہ                     | ———— aneurysms, 562                     |
| شریان                      | ———— artery, 562                        |
| درجیکیں                    | ———— bursæ, 561                         |
| ردا                        | ———— fascia, 559                        |
| شکن                        | ———— fold, 558                          |
| خطہ                        | ———— region, 554                        |
| الویہ کیبرہ                | Gluteus maximus, 553, 561               |
| کا انشتاق                  | ———— rupture of, 561                    |
| گھینگا (غوطر)              | Goitre, 220                             |
| سوزاک میں مجری بول کی حالت | Gonorrhœa, condition of urethra in, 530 |
| ککڑے                       | Granular lids, 88                       |
| کیبر توب                   | Great omentum, 419                      |
| عظیم طروخا                 | ———— trochanter, 554                    |
| خیزرائ کسر                 | Green-stick fracture, 267               |
| پن دان کا خطہ              | Groin, region of, 565                   |

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| چوتھا عصب - اس کا خلی            | Fourth nerve, paralysis of, 67               |
| عجری عصب                         | — sacral nerve, 552                          |
| ”لواہی (مرغولہ نما) کسر“         | “Fracture helicoides,” 596, 631              |
| کسور (دیکھو مختلف ہڈیاں)         | Fractures (see the various bones)            |
| تید اللسان                       | Frenum linguae, 171                          |
| جیبی دریچہ (نازدہ)               | Frontal fenestra, 35                         |
| جوف                              | — sinus, 125                                 |
| کا قع                            | — — — infundibulum of, 120, 125              |
| جیبی عارضی کٹاؤ                  | Fronto-malar notch, 35                       |
| جیبی اننی قنات                   | Fronto-nasal duct, 128                       |
| جیبی مدغی ستون                   | Fronto-temporal pillar, 35                   |
| جیبی وچی کٹاؤ                    | Fronto-zygomatic notch, 35                   |
| وسنکی زائده                      | Funicular process, 402                       |
| میں قق                           | — — — hernia into, 403                       |
| اوردہ جالینوس                    | Galen, veins of, 44                          |
| مرادہ                            | Gall-bladder, 469                            |
| کا استیصال                       | — excision of, 469, 473                      |
| کا قمر                           | — fundus of, 467, 469                        |
| میں شکاف دینا                    | — incision into, 473                         |
| کی عصبی رسد                      | — nerve supply of, 472                       |
| کا انشقاق                        | — rupture of, 472                            |
| کا حاصرہ                         | — sphincter of, 472                          |
| کے عروق                          | — vessels of, 470                            |
| حصیات مرادہ                      | Gall-stones, 470, 472                        |
| عقدہ - گیسری (دیکھو گیسری عقدہ)  | Ganglion, Gasserian (see Gasserian ganglion) |
| وتدی حنکی                        | — sphenopalatine, 36, 139                    |
| کنگرین پاؤں کی                   | Gangrene of foot, 637                        |
| ٹانگہ کی                         | — of leg, 628                                |
| معا کی                           | — of intestine, 493                          |
| پتہ پڑے کی                       | — of lung, 249                               |
| گیسری عقدہ                       | Gasserian ganglion, 34, 137, 138             |
| کا استیصال                       | — — — excision of, 144                       |
| اس کے اثرات حس پذیری پر          | — — — effects of, on sensibility, 144        |
| میں اشرب الکحل                   | — — — injection of, alcoholic, 140           |
| کے تملقات                        | — — — relations of, 138                      |
| معدہ برآدی                       | Gastrectomy, 438, 439                        |
| معدی ناسور                       | Gastric fistula, 438                         |
| قروح                             | — ulcers, 431                                |
| گیسٹروکنیمیس عضلہ (توامیہ ساقیہ) | Gastrocnemius muscle, 626                    |
| کا انشقاق                        | — — — rupture of, 628                        |

|                               |                                     |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| پیش بازو (سکائی)              | Forcarum, 326                       |
| کا ہتر                        | — amputation of, 333                |
| کی ہڈیاں                      | — bones of, 328                     |
| کے کسود                       | — fractures of, 331                 |
| کے خلوع                       | — luxations of, 316                 |
| کی سطحی تشریح                 | — surface anatomy of, 326           |
| کے عروق                       | — vessels of, 327                   |
| اجسام غریبہ ہوائی سوراخوں میں | Foreign bodies in air-passages, 217 |
| شعبوں میں                     | — in bronchi, 217, 250              |
| احور میں                      | — in caecum, 449                    |
| بیرونی کان میں                | — in external ear, 95               |
| قلب میں                       | — in heart, 253                     |
| ناک میں                       | — in nose, 118                      |
| مری میں                       | — in oesophagus, 223                |
| منہجر میں                     | — in orbit, 61                      |
| بلعوم میں                     | — in pharynx, 182                   |
| ممائے مستقیم میں              | — in rectum, 544                    |
| معدہ میں                      | — in stomach, 433                   |
| قصبہ میں                      | — in trachea, 217, 250              |
| رطوبت زجاجیہ میں              | — in vitreous humour, 83            |
| حفہ مادام کا کسر              | Fossa, anterior, fracture of, 32    |
| اٹنا عشری سامی                | — duodeno-jejunalis, 445            |
| نخامیہ                        | — hypophyseos, 37                   |
| لفائی اخودی                   | — ileo-caecal, 453                  |
| لفائی ٹولونی                  | — ileo-colic, 453                   |
| زیر ترغوی                     | — infraclavicular, 261              |
| بین سگمانا                    | — intersigmoid, 460                 |
| ورکی مستقیم                   | — ischio-rectal, 509                |
| وسطی - کا کسر                 | — middle, fracture of, 33           |
| زودقیہ                        | — navicularis, 528                  |
| روزنملر کا                    | — of Rosenmuller, 109               |
| بیضوی                         | — ovalis, 406, 563                  |
| موخر کا کسر                   | — posterior, fracture of, 33        |
| جلیخی حنکی                    | — pterygo-palatine, 36              |
| ناشیاتی نما                   | — pyriform, 210                     |
| پس اخودی                      | — retrocaecal, 453                  |
| وئدی فکی                      | — spheno-maxillary, 36              |
| حفہ جات انی                   | Fossæ, nasal, 114                   |
| باریطونی                      | — peritoneal, 399                   |

|                       |                                   |
|-----------------------|-----------------------------------|
| فونٹانا کی فضا میں    | Fontana, spaces of, 82            |
| یا فونخ سمی           | Fontanelle, sagittal, 21          |
| قذالی عارضی (موقو)    | — temporary occipital, 20         |
| باڈوخت                | Fontanelles, 17                   |
| پاؤں                  | Foot, 634, 652                    |
| کا پھوڑا              | — abscess of, 638                 |
| کے بتور               | — amputations of, 603             |
| کی عروا میں           | — arches of, 652                  |
| کے عروق خون           | — blood-vessels of, 636, 643      |
| کے عظمی نقاط          | — bony points of, 634             |
| کے ارد گرد کی درجہ    | — bursæ about, 641                |
| کے تشوہات             | — deformities of, 655             |
| کے خلوع               | — dislocations of, 646            |
| کی ردا                | — fascia of, 638                  |
| کے کسور               | — fractures of, 661               |
| کے نقوش               | — imprints of, 659                |
| کی پوششیں             | — integuments of, 637             |
| ان کے اعصاب           | — nerves of, 637                  |
| کے جوڑ                | — joints of, 652                  |
| کے عروق لف            | — lymphatics of, 645              |
| کے حرکات              | — movements of, 654               |
| کے عضلات              | — muscles of, 654, 658            |
| کا ٹالپ قرحہ          | — perforating ulcer of, 638       |
| کی سطحی تشریح         | — surface anatomy of, 634         |
| کے زلای کہنے          | — synovial cavities of, 663       |
| ”پا نہاد“ گرز پامی    | — “tread” of, in club foot, 657   |
| سودا خ اہور           | Foramen cærum, 170                |
| ثنی                   | — incisivum, 121                  |
| زیر عجبی              | — infraorbital, 130               |
| ذقی                   | — mental, 139                     |
| کے                    | — of Key, 44                      |
| میچنڈی کا             | — of Magendie, 42, 44             |
| منرو کا               | — of Monro, 44                    |
| ریٹزیس کا             | — of Retzius, 44                  |
| ونسلو کا              | — of Winslow, 422                 |
| بصری                  | — optic, 37                       |
| بیضوی کی سطحی ترسیمیں | — ovule, surface markings of, 142 |
| عجری انسانی           | — sacro-sciatic, 564              |
| فوق عجری              | — supraorbital, 139               |

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| شظیہ                              | Fibula, 631                                       |
| کی عدم موجودگی                    | — absence of, 633                                 |
| اور قبضیہ کے کسور                 | — and tibia, fractures of, 630                    |
| کے کسور                           | — fractures of, 631                               |
| پا پیوں عصب                       | Fifth nerve, 77, 97, 113, 135, 190, 142           |
| اس سے درد یا تھ دقبہ میں درد      | — pains in area supplied by, 146                  |
| اس کا شلل                         | — paralysis of, 67                                |
| قعرہ - اس کا خلع بغیر کسر کے      | — vertebra, dislocation of, without fracture, 679 |
| بن کرافٹ کا خیطیہ                 | Filaria bancrofti, 572                            |
| چھنگلی کا "خاتی انقباض"           | Finger, little, "congenital contraction" of, 346  |
| "ہتھوڑی انگلی"                    | — "mallet," 354                                   |
| "انگشت گرفتگی"                    | — "snap," 346                                     |
| انگلیوں کا قلع                    | Fingers, avulsion of, 358                         |
| کی عصبی رسد                       | — nerve supply of, 365                            |
| پہلی مددی پسلی سے پیدا شدہ علامات | First thoracic rib, symptoms due to, 207          |
| شقاق دولینڈو کا                   | Fissure of Rolando, 26, 49, 53                    |
| سینٹورینی کا                      | — of Santorini, 96, 149                           |
| سلویس کا                          | — of Sylvius, 49                                  |
| جداری                             | — parietal, 21                                    |
| جداری قذالی                       | — parieto-occipital, 51                           |
| وادی فکی                          | — spheno-maxillary, 36                            |
| ناسور خیشومی                      | Fistula, branchial, 230                           |
| خاتی                              | — congenital, 93, 230                             |
| معدی                              | — gastric, 438                                    |
| مہرزی                             | — in ano, 510                                     |
| مستقیمی مہبلی                     | — recto-vaginal, 539                              |
| رنقی                              | — salivary, 153                                   |
| مہری                              | — umbilical, 386                                  |
| مٹانی مہبلی                       | — vesico-vaginal, 539                             |
| دامن - عظمی ترقیمی                | Flap, osteoplastic, 27                            |
| چاندلی کا                         | — scalp, 7, 22, 27                                |
| چپٹا پاؤں                         | Flat-foot, 638, 657                               |
| قابضہ مقربہ اہامیہ کا شلل         | Flexor adductor pollicis, paralysis of, 374       |
| دستغیہ کمریہ کا وتر               | — carpi radialis tendon, 334                      |
| زندہ کا وتر                       | — ulnaris tendon, 335                             |
| طویلہ اصبعیہ کا وتر               | — longus digitorum tendon, 636                    |
| اہامیہ قدیمیہ                     | — hallucis, 636                                   |
| کلائی کے قابض اوتار کے غلالی      | — tendons of wrist, sheaths of, 345               |
| جراحی سنی سلمہ                    | Follicular odontome, 163                          |

|                       |  |
|-----------------------|--|
| فخذی شریان            | Femoral artery, 566, 569, 595          |
| قنالی                 | — canal, 406                           |
| عطقات                 | — diverticula, 413                     |
| رئالہ                 | — epiphysis, 579, 622                  |
| قتق                   | — hernia, 406                          |
| کے تعلقات             | — relations of, 407                    |
| عصب                   | — nerve, 566, 570, 572                 |
| کا شلل                | — paralysis of, 667                    |
| نقطہ                  | — point, 398                           |
| حلقہ                  | — ring, 406, 408, 566                  |
| غلاف                  | — sheath, 414                          |
| مثلث کے عروقی حوض     | — triangle, blood-vessels of, 566, 569 |
| میں درجہ              | — bursa in, 568                        |
| کی دہا                | — fascia of, 567                       |
| کے غدہ نمب            | — lymphatic glands of, 566, 571        |
| میں پستان             | — mamma in, 567                        |
| کے عضلات              | — muscles of, 568                      |
| میں اعصاب             | — nerves of, 570                       |
| کی جلد                | — skin of, 566                         |
| کی سطحی تشريح         | — surface anatomy of, 565              |
| میں خصیہ              | — testicle in, 567                     |
| ورید کا التهاب        | — vein, phlebitis of, 570              |
| عروقی                 | — vessels, 566, 569                    |
| کا انورس              | — aneurysm of, 570                     |
| فخذی عجزی عراب        | Femoro-sacral arch, 497                |
| فخذی کے برپا نہ جات   | Femur, epiphyses of, 570, 583, 622     |
| کے زیرین سرے کے کسود  | — fractures of lower end of, 619       |
| کی پودی کے            | — of shaft of, 595                     |
| کے بالائی سرے کے      | — of upper end of, 579                 |
| کے بعد چارہ کا قصر    | — shortening of limb after, 597        |
| کا فوق طروخی قصر      | — supratrochanteric shortening of, 557 |
| دریچہ (نافذہ) جبسی    | Fenestra, frontal, 35                  |
| پشوی                  | — ovalis, 101                          |
| مدور                  | — rotunda, 101                         |
| صدغی                  | — temporal, 35, 36                     |
| لینی دوری مرض جبڑے کا | Fibro-cystic disease of jaw, 164       |
| لینی سعدانہ ناک کا    | Fibrous polyp of nose, 123             |
| غلاف قاضی اوتار کے    | — sheaths of flexor tendons, 345       |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| اجفان (پپوٹے)               | Eyelids, 85                            |
| کی شریانیں                  | — arteries of, 87                      |
| کے اعصاب                    | — nerves of, 87                        |
| کی جلد                      | — skin of, 85                          |
| کی زیر جلدی بافت            | — subcutaneous tissue of, 86           |
| کا انجیریہ                  | — sycosis of, 86                       |
| چہرہ                        | Face, 132                              |
| کی غیر طبعی حالتیں          | — abnormalities of, 135                |
| کی رسد خون                  | — blood supply of, 133                 |
| کا نمو                      | — development of, 134                  |
| کے آضمرات                   | — injuries to, 133                     |
| کے لمبی غدہ                 | — lymphatic glands of, 229             |
| کے اعصاب                    | — nerves of, 135                       |
| حرکی                        | — — motor, 147                         |
| حسی                         | — — sensory, 136                       |
| کانٹکنی خطہ                 | — parotid region of, 147               |
| کے ارتفا حات                | — prominences of, 133                  |
| کی جلد                      | — skin of, 132                         |
| کی زیر جلدی خلوی بافت       | — subcutaneous cellular tissue of, 132 |
| کے عروق                     | — vessels of, 133                      |
| (نیز دیکھو چانہ - فك - منہ) | — (see also Mandible, Maxilla, Mouth)  |
| و جمی شریان                 | Facial artery, 134, 182, 189, 196      |
| قنال                        | — canal, 101, 103                      |
| عصب                         | — nerve, 104, 150                      |
| کے کٹنے سے پیدا شدہ اثرات   | — — effects of section of, 151         |
| وجع العصب                   | — neuralgia, 136                       |
| شلل                         | — palsy, 90, 151                       |
| ورید                        | — vein, 134                            |
| فلوپی ٹی                    | Fallopian tube, 540, 541               |
| فلوپی مصیف                  | Fallopian, aqueduct of, 101            |
| ردائے عریض                  | Fascia lata, 559, 567, 594             |
| (دیکھو مختلف خطے وغیرہ)     | — (see the various regions, etc.)      |
| عزم مثانہ                   | Fasciculated bladder, 520              |
| ”شحمی فتق“                  | “Fatty hernia,” 385                    |
| بافت چاندلی میں             | — tissue in sclap, 3                   |



|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| بربالہ کعبہ کا۔ زیرین۔ اس کی علحدگی | Epiphysis of radius, lower, separation of, 355 |
| بالائی                              | ——— upper, 324                                 |
| قصیبہ کا                            | ——— of tibia, 622                              |
| اس کی علحدگی                        | ——— separation of, 631                         |
| بر پر پی ہڈی                        | Epipteric bone, 16                             |
| فوق مبا لیت                         | Epispadias, 532                                |
| رہائی                               | Epistaxis, 123                                 |
| میں جریان خون کا مقام               | ——— bleeding-point in, 124                     |
| سرخلی سنی سلمہ                      | Epithelial odontome, 164                       |
| برکری غدہ                           | Epitrochlear gland, 312                        |
| شلل ادب                             | Erb's palsy, 282                               |
| نا صبات شو کیہ                      | Erectores spinæ, 380, 675                      |
| سرخیادہ پنا ندی کا                  | Erysipelas of scalp, 9                         |
| مصفاقی خلیات                        | Ethmoidal cells, 120, 123                      |
| یوستیکین قاساعلیہ کا گوارنا         | Eustachian catheter, passage of, 109           |
| نلی                                 | ——— tube, 107                                  |
| یرون گردانی کی حرکتیں               | Eversion movements, 654                        |
| قتق سری۔ خلی                        | Exomphalos, congenital, 395                    |
| جیجوطی گھینگا                       | Exophthalmic goitre, 220                       |
| عضلہ با سطہ قصیرہ اصبعیہ            | Extensor brevis digitorum muscle, 636          |
| مشترکہ اصبعیہ                       | ——— communis digitorum muscle, 625             |
| طویلہ اصبعیہ کا وتر                 | ——— longus digitorum tendon, 635               |
| اہا میہ قدمیہ                       | ——— hallucis muscle, 625                       |
| کا وتر                              | ——— tendon, 635                                |
| اہا میہ کا وتر                      | ——— pollicis tendon, 335                       |
| سلامیہ تانیہ                        | ——— secundi internodii, 335                    |
| مثانہ کی یرون گردیدگی               | Extroversion of bladder, 395                   |
| مقلہ                                | Eyeball, 60                                    |
| کی رسد خون                          | ——— blood supply of, 74                        |
| کے رباطات ضابط                      | ——— check ligaments of, 63                     |
| کا خطرناک وقبہ                      | ——— dangerous area of, 78                      |
| کے التهابی عوارض                    | ——— inflammatory affections of, 77             |
| کی عصی رسد                          | ——— nerve supply of, 76                        |
| کا تعلیقی رباط                      | ——— suspensory ligament of, 63                 |
| پلکیں                               | Eyelashes, 86                                  |
| پپوٹا (جفن) بالائی کا سقوط          | Eyelid, upper, ptosis of, 66                   |

|   |   |
|---|---|
| کھوپڑی کے جوڑے کے خلوع                  | Elbow-joint, dislocations of, 316         |
| کے دباؤات                               | — ligaments of, 314                       |
| کی موج                                  | — sprain of, 319                          |
| داء الفیل جارحہ اسفل کا                 | Elephantiasis of lower limb, 572          |
| صفن کا                                  | — of scrotum, 534                         |
| فراز مفصلی                              | Eminentia articularis, 146                |
| وسیط وریدیں کھوپڑی کی                   | Emissary veins of skull, 8                |
| نفاخہ (نفاخ)                            | Emphysema, 248                            |
| پس عجزی چربی میں                        | — in retro-orbital fat, 61                |
| جراحی                                   | — surgical, 247                           |
| مینا                                    | Enamel, 162, 163                          |
| قیلہ دماغیہ                             | Encephalocele, 20, 114                    |
| کیسہ بند قفق                            | Encysted hernia, 403                      |
| قیلہ مائیکہ جبل کا                      | — hydrocele of cord, 403                  |
| سرے کا سرے کے ساتھ تقسم                 | End-to-end anastomosis, 447               |
| معا برآدی                               | Enterectomy, 447                          |
| قیلہ معویہ مہبلی                        | Enterocoele, vaginal, 539                 |
| معا شکانی                               | Enterotomy, 477                           |
| شترہ داخلہ                              | Entropion, 85                             |
| برنا ہضی پستانی حید                     | Epiblastic mammary ridge, 245             |
| سر قندال ذراعہ کے                       | Epicondyles of humerus, 308, 320          |
| برنا قد حس پذیری                        | Epieritic sensibility, 143, 362           |
| بر بخی                                  | Epididymis, 534                           |
| کی عصبی رسد                             | — nerve supply of, 536                    |
| برمندی شریان                            | Epigastric artery, 381                    |
| مثالث                                   | — triangle, 244                           |
| مکبی کے زخم                             | Epiglottis, wounds of, 208                |
| دماغ                                    | Epiphora, 90                              |
| بر بالے ٹخندی کے                        | Epiphyses of femur, 579, 583, 622         |
| انکی علحدگی                             | — separation of, 583                      |
| قدراعہ کے - انکی علحدگی                 | — of humerus, separation of, 295, 322     |
| زچ کے - انکی علحدگی                     | — of olecranon, separation of, 323        |
| بر بالہ - اکرومی زائڈہ کا - اسکی علحدگی | Epiphysis of acromion, separation of, 274 |
| ترقوہ کا - اسکی علحدگی                  | — of clavicle, separation of, 268         |
| غربی زائڈہ کا - اسکی علحدگی             | — of coracoid, separation of, 274         |
| ٹخندی کا - روح الرکبہ میں               | — of femur in knock-knee, 615             |
| حرقی عری کا - اس کی علحدگی              | — of iliac crest, separation of, 499      |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| کان (اذن)                             | Ear, 93   |
| کے مستزاد اذین                        | — accessory auricles of, 93                       |
| میں سے جریان خون - کھوپڑی کے قاعدہ کے | — bleeding from, in fracture of base of skull, 33 |
| کسر میں                               | — blood supply of, 96                             |
| کی رسد خون                            | — coughing, 97                                    |
| کی وجہ سے کھانسی                      | — external, 93                                    |
| بیرونی (خارجی)                        | — lymphatic glands of, 229                        |
| کے لمبی غدد                           | — foreign bodies in, 95                           |
| میں اجسام غریبہ                       | — hematomata of, 96                               |
| کے سلعات دمویہ                        | — inner, 110                                      |
| اندرونی                               | — inflammation of, 110                            |
| کا التهاب                             | — middle, 101                                     |
| وسطی                                  | — lymphatic glands of, 110                        |
| کے لمبی غدد                           | — nerve supply of, 97                             |
| کی عصی رسد                            | — ossicles of, 100, 101, 103                      |
| کے استخوانچے                          | — pinna of, 93                                    |
| کا سیوان                              | — relations of meatal walls of, 96                |
| کی منفذی دیواروں کے تملعات            | — “serous” discharge from, 33                     |
| میں سے “مصلی” مواد کا اخراج           | — sneezing, 97                                    |
| کی وجہ سے چھینک                       | — yawning, 97                                     |
| کی وجہ سے ہمائیاں                     | Ectopia vesicæ, 395                               |
| بے جاتی منانہ                         | Ectropion, 85                                     |
| شترہ خارجیہ                           | Ejaculatory ducts, 530                            |
| قاذی نلیاں                            | Elbow, 307  |
| کھنی                                  | — fold of, 307                                    |
| کا شکن                                | — fractures about, 319                            |
| کے گرد و نواح کے کسود                 | — lymphatic gland of, 312                         |
| کا لمبی غدد                           | — muscles of, surgical interest of, 313           |
| کے عضلات کی جراحی اہمیت               | — nerves of, 312, 313, 325                        |
| کے اعصاب                              | — resection of, 324                               |
| کا استیصال جڑی                        | — skin of, 310                                    |
| کی جلد                                | — surface anatomy of, 307                         |
| کی سطحی تشریح                         | — vessels of, 310                                 |
| کے عروق                               | Elbow-joint, 313                                  |
| کھنی کا جوڑ یا کھنی کے جوڑ            | — ankylosis of, 325                               |
| کی جساءہ                              | — bursæ about, 314                                |
| کے گرد و نواح کی دوجیکیں              | — disease of, 315                                 |
| کا مرض                                |   |

|                           |   |
|---------------------------|---|
| انفراج عضلات مسائیه       | Divarication of recti, 384                      |
| عطقات - فذی اور ادی       | Diverticula, femoral and inguinal, 413          |
| انگلیوں کے                | — of fingers, 347                               |
| خرقی اور حوضی قولونوں کے  | — of iliac and pelvic colons, 461               |
| گھٹنے کے جوڑ کے           | — of knee-joint, 607                            |
| معاہ صغیر کے              | — of small intestine, 445                       |
| العمی                     | — pharyngeal, 183                               |
| لشاری                     | — pressure, 223                                 |
| جری                       | — traction, 224                                 |
| ظہری ددا                  | Dorsal fascia, 638                              |
| خطہ عود قاری کا           | — region of spine, 674, 678, 679, 680, 681, 692 |
| ظہر اللسانی شریان         | Dorsalis linguae artery, 189                    |
| ظہری قدامی شریان          | — pedia artery, 636, 644                        |
| کتفی شریان                | — scapulae artery, 263                          |
| ظہری شوکی وریدیں          | Dorsi-spinal veins, 686                         |
| ظہری قطعی خطہ عود قاری کا | Dorso lumbar region of spine, 677               |
| ظہر الحرقہ پر خلع         | Dorsum ilii, dislocation upon, 585, 587         |
| المرج                     | — sella, 37                                     |
| ”مٹانہ مضاعف“             | “Double bladder,” 521                           |
| ”غیغہ“                    | “— chin,” 191                                   |
| ”نیض مضاعف“               | “— pulse,” 335                                  |
| نفاول - ناک کا            | Douche, nasal, 118                              |
| نات نافہ                  | Ductus deferens, 536, 541                       |
| اثنا عشری عامبرہ          | Duodenal sphincter, 429                         |
| قرحہ                      | — ulcer, 445                                    |
| اثنا عشری صائمی حفرہ      | Duodeno-jejunal fossa, 415                      |
| اثنا عشری                 | Duodenum, 444                                   |
| کے عطقات                  | — diverticula of, 445                           |
| کی مسدودی                 | — occlusion of, 445                             |
| کا تعلیق عضلہ             | — suspensory muscle of, 445                     |
| ڈوپٹرن کا انقباض          | Dupuytren's contraction, 343                    |
| کا کسر                    | — fracture, 650                                 |
| ام جافیہ                  | Dura mater, 38                                  |
| کے اعصاب                  | — — nerves of, 39                               |
| شوکی                      | — — spinal, 684, 685                            |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| نردی ہڈی                        | Cuboid bone, 635                             |
| کا تعظم                         | — ossification of, 632                       |
| فانہ نما ہڈی - اندرونی          | Cuneiform bone, inner, 635                   |
| معدہ کے انحناء                  | Curvatures of stomach, 432                   |
| جلدی عصب - داخل (وسطی جلدی)     | Cutaneous nerve, internal, 300, 303, 312     |
| عصبی رسد انگلیوں کی             | — supply of fingers, 305                     |
| جارجہ اسفل کی                   | — of lower limb, 666, 671                    |
| حس پذیری - اعصاب کی             | — sensibility, nerves of, 362                |
| کلوریدیگی                       | Cut throat, 207                              |
| دویرہ - سنی                     | Cyst, dental, 164                            |
| حامل السن                       | — dentigerous, 163                           |
| دویری قنات                      | Cystic duct, 470                             |
| قلیلہ مٹانیہ - مہیلی            | Cystocele, vaginal, 539                      |
| مٹانہ بین سے مٹانہ کا امتحان    | Cystoscopic examination of bladder, 519, 521 |
| دویرہ - منہ کے اندر             | Cysts in mouth, 170                          |
| چاندلی کے                       | — of scalp, 2                                |
| دویرہ دممیہ                     | Dacryops, 89                                 |
| بالٹ سلتیہ                      | Dartos tissue, 382, 533                      |
| عمیق بر معدی شریان              | Deep epigastric artery, 381                  |
| حس پذیری                        | — sensibility, 143                           |
| تبرز عمود قاری کی چوٹوں میں     | Defaecation in spinal injuries, 697          |
| آجل اتحاد کسر کے بعد            | Delayed union after fracture, 306            |
| دالی عضلہ (عضلہ دالیہ)          | Deltoid, 259, 285, 299                       |
| خطہ                             | — region, 283                                |
| درنہ                            | — tubercle, 258                              |
| سنی دویرہ                       | Dental cyst, 164                             |
| حلیہ                            | — papilla, 163                               |
| تاچہ                            | — sac, 163                                   |
| حامل السن دویرہ                 | Dentigerous cysts, 163                       |
| ڈینٹین                          | Dentine, 162, 163                            |
| ادمیہ نما دویرہ - خلقی          | Dermoid cysts, congenital, 170               |
| قوی قولون                       | Descending colon, 457, 458                   |
| ڈایا فرام کے تعلقات جگر کے ساتھ | Diaphragm, relations of, to liver, 466, 467  |
| معدہ کے ساتھ                    | — to stomach, 431                            |
| کے تنفسی حرکات                  | — respiratory movements of, 255              |
| ڈایا فرامی قنات                 | Diaphragmatic hernia, 412                    |
| دو شکمی عضلہ                    | Digastric muscle, 193                        |
| ڈپلوئی کی ویدیں                 | Diploic veins, 8                             |
| خلع (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ) | Dislocation (see various bones and joints)   |

|  |   |
|--|---|
| اکیلی دوز                              | Coronal suture, 15                            |
| اکیلی شریان                            | Coronary artery, 435                          |
| غدد                                    | — glands, 435                                 |
| اکلیل نما زائده                        | Coronoid process, 169, 308, 323               |
| کھنکی اجسام                            | Corpora cavernosa, 531                        |
| جسم اسفنجی                             | Corpus spongiosum, 531                        |
| خطوط                                   | — striatum, 52                                |
| قشرہ دماغ کے حسی حرکی رقبہ جات         | Cortex, cerebral, areas of, sensori-motor, 52 |
| سمی                                    | — auditory, 55                                |
| شمی                                    | — olfactory, 55                               |
| بصری                                   | — visual, 55                                  |
| ”ساعت الفاظ“ کے لئے                    | — “word-hearing,” 55                          |
| ”بصارت الفاظ“ کے لئے                   | — “word-seeing,” 55                           |
| ضامی مستیمی نقطہ - دایاں -             | Costo-rectal point, right, 426                |
| غده کوپر                               | Cowper's gland, 538                           |
| روح النوض                              | Coxa valga, 583                               |
| قدح النوض - ضربی                       | — vara, traumatic, 583                        |
| ججی ہڈیاں (دیکھو کھوپری)               | Cranial bones (see Skull).                    |
| اعصاب کے تضررات                        | — nerves, injuries to, 66                     |
| کا شل                                  | — paralysis of, 66                            |
| فضائیں جن میں دماغی نخاعی سیال ہوتا ہے | — spaces containing cerebro-spinal fluid, 42  |
| ججی ترقوی سوہ معظم                     | Cranio-cleido-dysostosis, 269                 |
| ہزال ججہ                               | Craniotabes, 18                               |
| ججہ (دیکھو کھوپری)                     | Cranium (see Skull)                           |
| معلق عضلہ                              | Cremaster muscle, 537                         |
| معلق شریان                             | Cremasteric artery, 537                       |
| غربالین صفحہ                           | Cribiform plate, 118                          |
| حلائی غضروفی                           | Cricoid cartilage, 210                        |
| ”مصلب الساقین رفتار“                   | “Cross-legged progression,” 578               |
| ملیبی دباطات                           | Crucial ligaments, 608, 619                   |
| تصابی رباط                             | Cruciate ligament, 639                        |
| ساقی حصہ مذم                           | Crunal n.s., anterior, 566, 570, 572          |
| کا شل                                  | — paralysis of, 667                           |
| جلبہ حجرہ                              | Crusta petrosa, 163                           |
| ”دھکازی شل“                            | “Crutch paralysis,” 305                       |
| لوزی طاقہ جات                          | Crypts, tonsillar, 189                        |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| خلقی انقباض چھنگلی کا    | Congenital contraction of little finger, 346 |
| نقص معائے مستقیم کا      | — deficiency of rectum, 461                  |
| بدشکایاں شکم کی          | — deformities of abdomen, 395                |
| ادمیہ نما دویرے          | — dermoid cysts, 170                         |
| خلع کولے کے جوڑ کا       | — dislocation of hip, 584                    |
| قتق سری                  | — exomphalos, 395                            |
| ناسورات                  | — fistula, 93, 230                           |
| قتق                      | — hernia, 365, 403                           |
| تشوہات مبرز کے           | — malformations of anus, 549                 |
| قولون کے                 | — — of colon, 463                            |
| معائے مستقیم کے          | — — of rectum, 549                           |
| درقی دویرے               | — thyroid cysts, 170                         |
| ملتحہ کے التهاب کے اثرات | Conjunctiva, effects of inflammation of, 85  |
| کی عصبی رسد              | — nerve supply of, 77                        |
| کے تملقات                | — relations of, 87                           |
| کے عروق                  | — vessels of, 75                             |
| مضیق بحری بول            | Constrictor urethra, 516, 527, 528, 529      |
| کوقشکی دماغ کی           | Contusion of brain, 55                       |
| تلفیف معودی جیبی         | Convolution, ascending frontal, 52           |
| چداری                    | — — parietal, 52, 53                         |
| بروکا کی                 | — Broca's, 51                                |
| تختانی جیبی              | — inferior frontal, 51                       |
| صدغی                     | — — temporal, 52                             |
| پس مرکزی                 | — postcentral, 52                            |
| پیش مرکزی                | — precentral, 52                             |
| فوقانی مدغی              | — superior temporal, 50                      |
| کوپر کا رباط             | Cooper's ligament, 409                       |
| غرابی اکرومی رباط        | Coraco-acromial ligament, 260                |
| عضلہ غرابیہ عضدیہ        | Coraco-brachialis muscle, 261                |
| غرابی زائده              | Coracoid process, 260                        |
| کا کسر                   | — — fracture of, 274                         |
| قرنیہ                    | Cornea, 69                                   |
| کی ترکیب                 | — constitution of, 70                        |
| کے ابعاد                 | — dimensions of, 69                          |
| کے اعصاب                 | — — nerves of, 71                            |

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| کوچین کی ٹانگ               | Cochin leg, 572                           |
| شکمی عود                    | Coeliac axis, 381, 492                    |
| قولون برآری                 | Colectomy, 463                            |
| کولیس کی ردا                | Colles's fascia, 511                      |
| کا کسر                      | — fracture, 334, 354                      |
| شہابی الاقربہ               | Coloboma iridis, 73                       |
| قولون                       | Colon, 454                                |
| میں مد حرکت دودی            | — antiperistalsis in, 430, 544            |
| صعودی                       | — ascending, 457                          |
| کے حلقی تشوہات              | — congenital malformations of, 463        |
| نزولی                       | — descending, 457, 458                    |
| کے قطر                      | — diameters of, 454                       |
| کے عطفا ت                   | — diverticula of, 461                     |
| کا استیصال                  | — excision of, 463                        |
| کا کبدی عوجہ                | — hepatic flexure of, 457                 |
| حرقی                        | — iliac, 458                              |
| کا طول                      | — length of, 455                          |
| کی ماساریہ کی چسپیدگی کا خط | — line of attachment of mesentery of, 459 |
| پر عملیہ جات                | — operations on, 462                      |
| حوضی                        | — pelvic, 457, 459                        |
| کی باریطونی پوش             | — peritoneal investment of, 455           |
| کی تا پکیں                  | — sacculations of, 455                    |
| کا طحالی عوجہ               | — splenic flexure of, 458                 |
| کا تضیق                     | — stricture of, 455                       |
| کے قورات                    | — tæniæ of, 455                           |
| مستمرض                      | — transverse, 457                         |
| کا تعلق جگر کے ساتھ         | — relation of, to liver, 465              |
| قولونی نفویہ                | Colostomy, 463                            |
| قولون شکافی - حرقی          | Colotomy, iliac, 462                      |
| اربی                        | — inguinal, 462                           |
| مشترک صفراوی قنات           | Common bile-duct, 471, 477                |
| حرقی شریان                  | — iliac artery, 381                       |
| شظوی عصب                    | — peroneal nerve, 605, 636, 670           |
| ارتجاج دماغ کا              | Concussion of brain, 15, 55               |
| حبیل نخاعی کا               | — of spinal cord, 691                     |
| خلقی عدم موجودگی اترقوہ کی  | Congenital absence of clavicle, 268       |
| شظیہ کی                     | — — of fibula, 633                        |
| رضفہ کی                     | — — of patella, 617                       |
| ممانے مستائیم کی            | — — of rectum, 461                        |



|                      |  |
|----------------------|--|
| چین کے متوازی خطوط   | Chiene's parallels, 558                |
| مرادہ برآری          | Cholecystectomy, 473                   |
| مراری مموی تفویہ     | Cholecystenterostomy, 473              |
| مراری معدی تفویہ     | Cholecystgastrostomy, 473              |
| مراری تفویہ          | Cholecystostomy, 473                   |
| شو پا رٹ کا عملیہ    | Chopart's operation, 666               |
| حبل طبلی عصب         | Chorda tympani nerve, 110              |
| مشیمیہ               | Cho·oid, 72                            |
| مشیمی درز            | Choroidal cleft, 73                    |
| مدی شریا زہی         | Ciliary arteries, 74                   |
| اعصاب                | — nerves, 76                           |
| زوائد                | — processes, 81                        |
| منطقہ                | — zone, 75                             |
| دائرہ ولس            | Circle of Willis, 56                   |
| دائرہ کبیر           | Circulus major, 74                     |
| صغیر                 | — minor, 74                            |
| ختہ                  | Circumcision, 531                      |
| منحن شریان موخر      | Circumflex artery, posterior, 262, 284 |
| کتی                  | — — scapular, 263                      |
| عصب                  | — nerve, 262, 284                      |
| دوالی نما انورس      | Cirsoid aneurysm, 6                    |
| بر کے دماغ کے        | Cisterns of brain, 42                  |
| ترقوہ                | Clavicle, 258, 263                     |
| کی عدم موجودگی       | — absence of, 263                      |
| کے خلوع              | — dislocations of, 270, 272            |
| کا استیصال           | — excision of, 265                     |
| کا کسر               | — fracture of, 265                     |
| کے حرکات             | — movements of, 269                    |
| کا تعظم              | — ossification of, 268                 |
| کے تعلقات            | — relations of, 263, 268               |
| کا جزوی استیصال      | — resection of, 265                    |
| ترقوی مدری ردا       | Clavi-pectoral fascia, 276             |
| چنگالی پاؤں          | Claw-foot, 638, 660                    |
| حنك مشقوق            | Cleft palate, 177, 180                 |
| خارجی مبال           | Cloacal urethra, 532                   |
| سگرز پا              | Club-foot, 655                         |
| وجع العصص (عصصی درد) | Coccygodynia, 502                      |
| عصص                  | Coccyx, 502                            |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| غارمیکل                        | Cave of Meckle, 137, 145                               |
| کھفکی جوں                      | Cavernous sinus, 41                                    |
| راسی دموی سلمات                | Cephalhæmatomata, 13                                   |
| دماغی مائی قیلہ - ضربی         | Cephalhydrocele, traumatic, 33                         |
| قیقانی ورید                    | Cephalic vein, 308, 311                                |
| دمیعی خراج میں ترخان کرنا      | Cerebellar abscess, trephining in, 26                  |
| دمیخ کا تکشف                   | Cerebellum, exposure of, 25, 49                        |
| کے سلمات                       | — tumours of, 58                                       |
| کی وریدیں                      | — veins of, 58   |
| دماغی خراج اذن وسطی کے مرض میں | Cerebral abscess in middle-ear disease, 52             |
| کے لئے ترخان کرنا              | — — trephining for, 26                                 |
| شریان                          | — artery, 56   |
| دوران خون                      | — circulation, 55                                      |
| تعیین مقامات                   | — localization, 52                                     |
| سلمہ کے دباؤ کے اثرات تشریح پر | — tumour, pressure effects of, on cortex, 54           |
| کے لئے ترخان کرنا              | — — trephining for, 27                                 |
| دماغی نغاحی سیال               | Cerebro-spinal fluid, 43, 687                          |
| حنقی ہوائی دوبرہ               | Cervical air-cyst, 232                                 |
| شریانیں                        | — arteries, 198  |
| ردائیں                         | — fascia, 200  |
| خدد - عمیق                     | — glands, deep, 227                                    |
| کا دور کرنا                    | — — removal of, 229                                    |
| سطحی                           | — superficial, 227, 229                                |
| عصب - سطحی                     | — nerve, superficial, 198                              |
| حصہ مشا کی جبل کا - اس کا تضرر | — part of sympathetic cord, injury to, 226             |
| حنقی خطہ عمود شوکی کا          | Cervical region of spine, 674, 676, 677, 679, 681, 692 |
| پسلیاں                         | — ribs, 204  |
| ان کے علامات                   | — — symptoms of, 207, 368                              |
| تاچہ                           | — sac, 232   |
| جوں                            | — sinus, 231   |
| مشارکی - کا شل                 | — sympathetic, paralysis of, 68                        |
| (نیز دیکھو گردن)               | — (see also Neck)                                      |
| حنقی ظہری خطہ عمود قاری کا     | Cervico-dorsal region of spine, 677                    |
| حنقی الرحم                     | Cervix uteri, 540                                      |
| شے سے نیک کا سباتی درنہ        | Chassaignac's carotid tubercle, 192                    |
| رباطات ضابط                    | Check ligaments, 63                                    |
| تبہج ملتحمہ                    | Chemosis, 27   |
| چھاتی (دیکھو مدد)              | Chest (see Thorax)                                     |

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| کلاب فخذی                       | Calcar femorale, 581                    |
| حصیات صفراوی                    | Calculi, biliary, 470, 472              |
| کلوئی                           | — renal, 488                            |
| مثنی                            | — vesical, 514                          |
| گودہ کے کماے                    | Calyces of kidney, 488                  |
| قنال نک کی                      | Canal of Nuck, 404                      |
| شلم کی                          | — of Schlemm, 82                        |
| صدادی سرطان                     | Cancer en cuirasse, 242                 |
| سرطان پستان کا                  | Cancer of breast, 240, 241, 242         |
| بو اب کا                        | — of pylorus, 477                       |
| معاے مستقیم کا                  | — of rectum, 547                        |
| معدہ کا                         | — of stomach, 257                       |
| زبان کا                         | — of tongue, 173                        |
| کیسہ عدسہ کا                    | Capsule of lens, 79, 80                 |
| کندھے کے جوڑ کا                 | — of shoulder-joint, 286                |
| ٹینن کا                         | — of Tenon, 62                          |
| قلبی دھنہ                       | Cardiac orifice, 431                    |
| عاصرہ                           | — sphincter, 428                        |
| بوسیدگی کھوپڑی کی               | Caries of skull, 22                     |
| عود قری کی                      | — of spine, 233, 683                    |
| قص کی                           | — of sternum, 236                       |
| دانتوں کی                       | — of teeth, 160                         |
| سباتی شریان مشترک               | Carotid artery, common, 56, 191, 195    |
| کی بندش                         | — — — ligature of, 56                   |
| خارجی                           | — — — external, 150, 196                |
| عمومی                           | — — — general, 195                      |
| داخلی                           | — — — internal, 55, 150, 185, 189       |
| کا غلاف                         | — — — sheath of, 203                    |
| درنہ                            | — tubercle, 192, 225                    |
| دسفی بعد دسفی جوڑ               | Carpo-metacarpal joints, 353            |
| دسفیہ (دیکھو پوہنچے کا جوڑ)     | Carpus (see Wrist-joint)                |
| غضروفات ضلعی                    | Cartilages, costal, 237                 |
| موتیا بند                       | Cataract, 80                            |
| قاسطیر سگراونا یو سٹیکین نی میں | Catheterization of Eustachian tube, 109 |
| عجری بول میں                    | — of urethra, 527                       |
| ذنب الفرس                       | Cauda equina, 603                       |

درجہ کی پاؤں کے گرد و نواح کی  
 دہلہ کے گرد و نواح کی  
 عظم لامی کے گرد و نواح کی  
 گھٹنے کے گرد و نواح کی  
 کندھے کے جوڑ کے گرد و نواح کی  
 عظیم طروخا پر کی  
 ورکی حدیبہ پر کی  
 رضی  
 زیر اکرومی  
 زیر خمیری  
 زیر کتنی  
 سرین  
 کا خراج  
 کی ردا - عینی  
 زیر جلدی  
 کا شکن  
 کے اعصاب  
 کی جلد  
 کی عصی رسد  
 کی سطحی تشریح  
 کے عروق  
 اعوری تفویہ  
 اعور  
 میں اجسام غریبہ  
 کا قق  
 کے عروق لف  
 کی حرکت پذیری  
 میں حرکات  
 کا کھولنا  
 کی باریطونی پوش  
 کی وضع  
 قیصری حلیہ  
 حلیہ میہاز  
 حلیہ نردی جوڑ  
 حلیہ سفیدی جوڑ  
 حلیہ (نیز دیکھو عظم العقب)

Bursae about foot, 639, 641  
 — about ham, 607  
 — about hyoid, 209  
 — about knee, 603, 607, 609  
 — about shoulder-joint, 286  
 — over great trochanter, 561  
 — over ischial tuberosity, 561  
 — patellar, 603  
 — subacromial, 286  
 — subpscoal, 568  
 — subscapular, 286  
 Buttocks, 554  
 — abscess of, 560  
 — fascia of, deep, 560  
 — — subcutaneous, 559  
 — fold of, 558  
 — nerves of, 562  
 — skin of, 558  
 — — nerve supply of, 564  
 — surface anatomy of, 554  
 — vessels of, 562  
 Caecostomy, 463  
 Caecum, 448  
 — foreign bodies in, 449  
 — hernia of, 449  
 — lymphatics of, 452  
 — mobility of, 449  
 — movements in, 449  
 — opening of, 462  
 — peritoneal investment of, 449  
 — position of, 448  
 Caesarean section, 500  
 Calcaneal spur, 661  
 Calcaneo-cuboid joint, 635  
 Calcaneo-scaphoid ligament, 634, 658  
 Calcaneus (see Os calcis)

|  |   |
|--|---|
| عضدی عضلہ مقدم                           | Brachialis anticus, 302                       |
| بہیچا (دماغ)                             | Brain, 38, 55                                 |
| کے قاعدی حنود                            | — basal ganglia of, 52                        |
| کے عروق خون                              | — blood-vessels of, 55                        |
| کے بر کے                                 | — cisternæ of, 42                             |
| کا ارتجاج                                | — concussion of, 15, 55                       |
| کی کوتنگی                                | — contusion of, 55                            |
| کے تلاقیف (دیکھو تلیف)                   | — convolutions of (see Convolution)           |
| کا قشرہ                                  | — cortex of, 52, 54, 55                       |
| پر اثر - سبائی شریانوں کے باندھنے کا     | — effects on, of ligation of carotids, 56     |
| کے انشعاقات                              | — fissures of, 49                             |
| کے تغیرات                                | — injuries to, 57                             |
| کے جانبی بطینات                          | — lateral ventricles of, 52                   |
| کے اغشیہ                                 | — membranes of, 38                            |
| کے نبضانات                               | — pulsations of, 57                           |
| کے حسی حرکی رقبہ جات                     | — sensori-motor areas of, 52                  |
| کے سطحی تعلقات                           | — surface relations of 47                     |
| کا مدغی نلتہ                             | — temporal lobe of, 48                        |
| خیشومی ناسور                             | Branchial fistula, 230                        |
| ”عضیل بازو“                              | “Brawny arm,” 244                             |
| اعصاب کا نقطہ شکست                       | Breaking-point of nerves, 563                 |
| پستان                                    | Breast (see Mamma)                            |
| سیما                                     | Bregma, 15                                    |
| بروکا کی تلیف                            | Broca's convolution, 51                       |
| شعبتوں میں اجسام غریبہ                   | Bronchi, foreign bodies in, 217, 250          |
| شعبی لمبی غدد                            | Bronchial lymphatic glands, 222               |
| معددا لشعبہ                              | Bronchiectasis, 249                           |
| شعبہ بین                                 | Bronchoscope, 250                             |
| سے حنجرہ کے اندر کے اجسام غریبہ کا اخراج | — removal of foreign bodies in larynx by, 218 |
| غدد بروئر                                | Brunner's glands, 445                         |
| برائینٹ کی مثلث                          | Brayant's triangle, 557                       |
| خدی کہفہ (کہفہ دهن)                      | Buccal cavity, 167                            |
| کے غدد لف                                | — lymphatic glands of, 229                    |
| عصب                                      | — nerve, 142                                  |
| مصفا فی حباب                             | Bulla ethmoidalis, 120                        |
| گٹے                                      | Bunions, 641                                  |
| درجہ کی کہنی کے جوڑ کے گرد ونواح کی      | Bursæ about elbow-joint, 314                  |
| لفذی مثلث کے گرد ونواح کی                | — about femoral triangle, 568                 |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| صفراوی قنات مشترک                   | Bile-duct, common, 471, 472, 477                   |
| بلروتھ (۱) معدہ برآدی               | Billroth I. gastrectomy, 439                       |
| (۲) معدہ برآدی                      | — II. gastrectomy, 439                             |
| ”آنکھ پر کانبل“                     | ”Black eye,” 86                                    |
| مثانہ                               | Bladder, 515                                       |
| کا مثانہ بین سے امتحان              | — cystoscopic examination of, 519, 521             |
| کا تمدد غیر شفاف محلول سے           | — distension of, with opaque solution, 516         |
| مضاعف                               | — “double,” 521                                    |
| کا خالی ہونا اور پُر ہونا           | — emptying and filling of, 515                     |
| کی بروں گردیدگی                     | — extroversion of, 305                             |
| عزوم                                | — fasciculated, 520                                |
| زنانہ                               | — female, 522                                      |
| بچوں میں                            | — in children, 522                                 |
| قنوق میں                            | — in hernia, 517                                   |
| مردانہ                              | — male, 515  |
| کی غشاء مخاطی                       | — mucous membrane of, 519                          |
| کے عضلات تشبیت                      | — muscles of fixation of, 505                      |
| کے عضلی طبقات                       | — muscular coats of, 515, 520                      |
| کے اعصاب                            | — nerves of, 520, 551, 552                         |
| کا سچو کا                           | — puncture of, 518                                 |
| کے تعلقات باریطون سے                | — relations of, to peritoneum, 517                 |
| کا انشقاق                           | — rupture of, 518                                  |
| تاچہ دار                            | — sacculated, 521                                  |
| کا حمامہ                            | — sphincter of, 516                                |
| میں حصات                            | — stone in, 514                                    |
| کی مثلث                             | — trigone of, 515, 519                             |
| کالا شعاعوں سے امتحان               | — X-ray examination of, 516                        |
| دموی سلعات چاندلی کے                | Blood tumours of scalp, 13                         |
| صیوان الاذن پر کے                   | — on pinna, 96                                     |
| حروق خون (دیکھو مختلف خطے اور اعضا) | Blood-vessels (see the various regions and organs) |
| تجمہ کی عظمی عرابی چھت (دیکھو       | Bony vault of cranium (see Skull)                  |
| سکھوپری)                            |  |
| عضدی صفاق                           | Brachial aponeurosis, 301                          |
| شریان                               | — artery, 262, 299, 302, 303, 312                  |
| کی غیر طبعی حالتیں                  | — abnormalities of, 303                            |
| ضغیرہ                               | — plexus, 199, 204, 245, 280, 359                  |
| کے نیچے کے تے کا شل                 | — paralysis of lower trunk of, 368                 |

|                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| آرباخ کا خفیہ                         | Auerbach's plexus, 430                        |
| اذین (دیکھو کان)                      | Auricle ( <i>see</i> Ear)                     |
| اذینات مستزاد                         | Auricles, supernumerary, 93, 232              |
| اذینی عصب عظیم                        | Auricular nerve, great, 149                   |
| اذینی مدغی عصب                        | Auriculo-temporal nerve, 149                  |
| قل انگلیوں کا                         | Avulsion of fingers, 358                      |
| بغل                                   | Axilla, 261, 275                              |
| کی رادیں                              | — fasciae of, 276                             |
| عروق لف                               | — lymphatic glands of, 278                    |
| بغلی شریان                            | Axillary artery, 261, 262                     |
| کی بندش                               | — ligature of, 280                            |
| کے تملات                              | — relations of, 280                           |
| خدد                                   | — glands, 227, 243, 261                       |
| کلانی یا تہ کا امتحان                 | — examination for enlarged, 262               |
| کاخراج                                | — removal of, 279                             |
| احصاب                                 | — nerves, 262, 282                            |
| خطہ کاخراج                            | — region, abscess of, 277                     |
| ورید                                  | — vein, 279                                   |
| عروق کے زخم                           | — vessels, wounds of, 280                     |
| محور                                  | Axis, 183, 192                                |
| مجرد وریدیں                           | Azygos veins, 255                             |
| برباد کی ٹانگ                         | Barbadoes leg, 572                            |
| بیریٹم دا غذا سے امتحان               | Barium-laden food, examination with, 449, 452 |
| بارتھولینی قنات                       | Bartholin's duct, 167                         |
| غده                                   | — gland, 538                                  |
| کاخراج                                | — abscess of, 538                             |
| قاعدی غدد                             | Basal ganglia, 52                             |
| در فاعده سر قندالوں کا،، اس پر کا کسر | "Base of epicondyles," fracture at, 320       |
| کھوپڑی کا۔ اس کے کسود                 | — of skull, fractures of, 31                  |
| ورید باسلیق                           | Basilic vein, 302                             |
| اسا سینہ                              | Basion, 37                                    |
| عضلہ بیل                              | Bell's muscle, 521                            |
| دوراسین عضدی                          | Biceps brachii, 299                           |
| کاوتربازومیں                          | — tendon in arm, 280                          |
| دبلہ میں                              | — in ham, 605                                 |
| دورا سینہ ردا                         | Bicipital fascia, 310                         |
| میزاب                                 | — grooves, 261, 299, 300, 302                 |

|                              |  |
|------------------------------|--|
| قلوی مصیف                    | Aqueduct of Fallopius, 101                   |
| مائی رطوبت                   | Aqueous humour, 81                           |
| حکبو تہ                      | Arachnoid, 42, 684, 686                      |
| عربی وتر                     | Arcuate tendon, 504                          |
| قوس پیری                     | Arcus senilis, 71                            |
| بازو                         | Arm, 299                                     |
| کا پتر                       | — amputation of, 297                         |
| کی شریانیں                   | — arteries of, 299                           |
| کی ردا                       | — fascia of, 300, 301                        |
| کے عروق لف                   | — lymphatics of, 312                         |
| کے عضلات                     | — muscles of, 299, 365                       |
| کے اعصاب                     | — nerves of, 300, 359                        |
| کی جلد                       | — skin of, 301                               |
| کی سطحی تشریح                | — surface anatomy of, 299                    |
| آرنولڈ کا عصب                | Arnold's nerve, 97                           |
| شریان مرکزی شبکیہ            | Arteria centralis retinae, 75                |
| شریانیں (دیکھو مختلف خطے)    | Arteries (see the various regions)           |
| شریانی وریدی انود سا         | Arterio-venous aneurysms, 65, 570            |
| مفصل پر آری                  | Arthrectomy, 623                             |
| مبوچی مکی شکن                | Aryteno-epiglottidean folds, 183, 212        |
| مبوچی غشروف                  | Arytenoid cartilage, 210                     |
| صعودی قولون                  | Ascending colon, 457                         |
| جبھی تلفیف                   | — frontal convolution, 52                    |
| جداری تلفیف                  | — parietal convolution, 52                   |
| بلعومی شریان                 | — pharyngeal artery, 182, 189                |
| جمینہ                        | Asterion, 24                                 |
| عرقوبی سفینیتی جوڑ           | Astragulo-scaphoid joint, 635                |
| عرقوب کا خلع                 | Astragalus, dislocation of, 651              |
| کا کسر                       | — fracture of, 661                           |
| کا تمظم                      | — ossification of, 662                       |
| اطلسی محوری خطہ عبود قاری کا | Atlanto-axial region of spine, 677, 682, 692 |
| اطلس                         | Atlas, 183, 192                              |
| علیہ طبل کا                  | Attic of tympanum, 102                       |
| منفذ سمعی خارجی (صاخ الاذن)  | Auditory meatus, external, 37, 94            |
| کی قناتل اور دیواریں         | — canal and walls of, 94                     |
| میں اجسام غریہ               | — foreign bodies in, 95                      |
| کی دیواروں کے تعلقات         | — relations of walls of, 95                  |
| داخلی                        | — internal, 37                               |



|                            |   |
|----------------------------|---|
| حلقہ نما رباطات ٹھنسنے کے  | Annular ligaments of ankle, 639               |
| کلائی کے                   | — of wrist, 345                               |
| عدم الشماعہ                | Anosmia, 124                                  |
| مقدم ساقی عصب              | Anterior crural nerve, 566, 570, 572          |
| کاشل                       | — paralysis of, 667                           |
| منخرین                     | — nares, 115                                  |
| مقدم انف بینی              | Anterior rhinoscopy, 115                      |
| فوقانی شوکہ                | — superior spine, 380                         |
| ضد میلانی شوکہ             | Anticlinal spine, 246                         |
| ضد حرکت دودی قولون میں     | Antiperistalsis in colon, 430, 544            |
| مٹاوا - حلمی               | Antrum, mastoid ( <i>see</i> Mastoid antrum)  |
| ہائی مود کا                | — of Highmore, 129                            |
| اس کی مسیلت                | — drainage of, 130                            |
| اس کا قلعہ                 | — opening of, 131                             |
| اس کے سلعات                | — tumours of, 129                             |
| مبرز                       | Anus, 548                                     |
| کے انشاقات                 | — fissures of, 548                            |
| کا تسکون                   | — formation of, 549                           |
| غیر مائقب                  | — imperforate, 549                            |
| کے تشوہات                  | — imperforate, 549                            |
| کے اعصاب                   | — nerves of, 551                              |
| اورطہ شکمی                 | Aorta, abdominal, 381, 492                    |
| راسی نقطہ                  | Apical point, 251                             |
| صفاق ( دیکھو مختلف خطائے ) | Aponeurosis ( <i>see</i> the various regions) |
| زوائد تری                  | Appendices epiploicae, 455                    |
| التهاب زائدہ               | Appendicitis, 451                             |
| رائڈی تفویہ                | Appendicostomy, 463                           |
| زائدہ                      | Appendix, 448, 450                            |
| کا طول                     | — length of, 450                              |
| کے حروق لف                 | — lymphatics of, 452                          |
| کے لف آساجرات              | — lymphoid follicles of, 451                  |
| کی ماساریقا                | — mesentery of, 451                           |
| میں حرکت دودی              | — peristalsis in, 452                         |
| کی وضع                     | — position of, 450                            |
| کا امتحان لاشماعوں سے      | — X-ray examination of, 452                   |

|                         |                                      |
|-------------------------|--------------------------------------|
| تفہم سرے کا سرے کے ساتھ | Anastomosis, end-to-end, 447         |
| جانبی                   | — lateral, 447                       |
| تفہمی کبیر              | Anastomotica magna, 800, 602         |
| عدم دماغی               | Anencephaly, 20                      |
| انورسہ - شریانی وریدی   | Aneurysm, arterio-venous, 65, 569    |
| عضدی                    | — brachial, 312                      |
| سیاتی                   | — carotid, 57                        |
| فخذی                    | — femoral, 569                       |
| الوی                    | — gluteal, 562                       |
| سردن میں                | — in neck, 57, 224                   |
| ماء بقی                 | — popliteal, 605, 607                |
| ضربی - عجزری شریاوں کا  | — traumatic, of orbital arteries, 65 |
| زاویائی انحنا           | Angular curvature, 233               |
| زاویہ لوڈوکی            | Angulus Ludovici, 235                |
| ٹخنہ یا ٹخنے            | Ankle, 634                           |
| کے عظمی نقاط            | — bony points of, 634                |
| کی ردا                  | — fascia of, 638                     |
| کی جلد                  | — skin of, 637                       |
| کی موچیں                | — sprains of, 640                    |
| کی زیر جلدی بافت        | — subcutaneous tissue of, 637        |
| کی سطحی تشریح           | — surface anatomy of, 634            |
| کے اوتار - ارد گرد کے   | — tendons about, 635, 642            |
| کی تقسیم                | — — division of, 638                 |
| کا انشقاق               | — — rupture of, 642                  |
| کے خلافت                | — — sheaths of, 641                  |
| ٹخنے کا جوڑ یا کے جوڑ   | Ankle-joint, 635, 645                |
| پر بر                   | — amputation at, 663                 |
| کے خلوع                 | — dislocations of, 646               |
| میں انصباب              | — effusion into, 645                 |
| کے ارد گرد کے کسور      | — fractures about, 647               |
| کا التهاب               | — inflammation of, 646               |
| کے دباطات               | — ligaments of, 645                  |
| کے خطوط                 | — lines of, 635                      |
| کے حرکات                | — movements of, 646                  |
| کی عصبی رسد             | — nerve supply of, 646               |
| کے عروق                 | — vessels of, 636, 643               |

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| کئی پیش پرورشی                  | Acne hypertrophica, 112                          |
| کیرالوار ح                      | Acromegaly, 19, 46                               |
| اکرومی ترقوی جوڑ                | Acromio-clavicular joint, 258, 270               |
| کا خلع                          | ——— dislocation of, 272                          |
| کا مقابلہ انگیز شعاع نگاری منظر | ——— fallacious radiograph appearance of, 271     |
| کے حرکات                        | ——— movements of, 271                            |
| اکرومی زائدہ                    | Acromion process, 258                            |
| کا کسر                          | ——— fracture of, 274                             |
| اکرومی مددی شریان               | Acromio-thoracic artery, 260, 262                |
| مقریہ طویلہ عضلہ                | Adductor longus muscle, 379, 565, 569            |
| کبیرہ کا درنہ                   | ——— magnus tubercle, 600                         |
| غده آساروئیدگی                  | Adenoid vegetation, 184                          |
| مدخل اور مغارہ                  | Aditus ad antrum, 103                            |
| برگردہ (دیکھو فوق کلیوی اجسام)  | Adrenal (see Suprarenal bodies)                  |
| ہوا معدہ میں                    | Air in stomach, 434                              |
| وریدوں میں                      | ——— in veins, 225                                |
| ہوائی گذرگاہوں، میں اجسام غریبہ | Air-passages, foreign bodies in, 217             |
| ہوائی تاجہ گردن میں             | Air-sac in neck, 232                             |
| الکحل سے اعصاب کا اشارہ         | Alcohol, injection of nerves with, 140, 142, 564 |
| » عصب الشیخ «                   | » Alderman's nerve, » 97                         |
| غذائی خطہ میں ضد حرکت دودی      | Alimentary tract, antiperistalsis in, 420        |
| غذائی خطہ کا عصبی ضبط           | Alimentary tract, nerve control of, 430          |
| میں حرکت دودی                   | ——— peristalsis in, 427                          |
| کے مشمولات کے سفر کی رفتار      | ——— rate of progress of contents of, 453         |
| کے عاصری مامات                  | ——— sphincteric points of, 427                   |
| کامیکا نیہ نقل                  | ——— transport mechanism of, 427                  |
| جو فیزی خراج                    | Alycolar abscess, 162                            |
| والٹر کا انتفاخ                 | Ampulla of Vater, 471, 476, 477                  |
| بتر (دیکھو مختلف ہڈیاں اور جوڑ) | Amputation (see the various bones and joints)    |
| قنال مبرز                       | Anal canal, 542                                  |
| کی تثبیت                        | ——— fixation of, 505                             |
| کی غشائے غاطی                   | ——— mucous membrane of, 548                      |
| ردا                             | ——— fascia, 504                                  |
| مثلث                            | ——— triangle, 507                                |
| مصاریع                          | ——— valves, 549                                  |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| خراج - جو فیزی              | Abscess, alveolar, 162                 |
| بٹلی                        | — axillary, 277                        |
| دہی - کے لئے ترخان کرنا     | — cerebellar, trephining for, 26       |
| اذن وسطی کے مرض میں         | — in middle-ear disease, 52            |
| دماغی - کے لئے ترخان کرنا   | — cerebral, trephining for, 26         |
| الوی                        | — gluteal, 560                         |
| کبدی                        | — hepatic, 469                         |
| حرقی                        | — iliac, 387, 414                      |
| فخذی مثلث میں               | — in femoral triangle, 567             |
| کولے کے جوڑ میں             | — in hip-joint, 574                    |
| حرقی حفرہ میں               | — in iliac fossa, 414                  |
| چاندلی کے خطہ میں           | — in scalp region, 12                  |
| ورکی مستیمی                 | — ischio-rectal, 509                   |
| لٹنی                        | — lumbar, 416                          |
| منصی                        | — mediastinal, 236, 254                |
| شکمی جدور کا                | — of abdominal parietes, 414           |
| بارتھولین کے غدہ کا         | — of Bartholin's gland, 538            |
| تحتانی صدغی تلیف کا         | — of inferior temporal convolution, 52 |
| عجری                        | — orbital, 60                          |
| سکی                         | — palmar, 345                          |
| نکلی                        | — parotid, 149                         |
| حوشی                        | — pelvic, 387, 573                     |
| سگرد کاوی                   | — perinephric, 481                     |
| انہمی                       | — plantar, 638                         |
| ہاء بنی                     | — popliteal, 604                       |
| قدامی                       | — prostatic, 525                       |
| خصری                        | — psous, 415, 568                      |
| کلوئی                       | — renal, 482                           |
| یس پستان فی                 | — retromammary, 242                    |
| پس بلعومی                   | — retropharyngeal, 149, 185, 203       |
| پس عانی                     | — retropubic, 517                      |
| عجری حرقی                   | — sacro-iliac, 500                     |
| غلافی                       | — thecal, 348                          |
| معین اجزای                  | Accessory sinuses, 125                 |
| فتجان                       | Acetabulum, 573                        |
| کے کسور                     | — fractures of, 500                    |
| ”ہیشہ درد کرنے والی ٹانگیں“ | ”Aching legs,” 620                     |
| عدم تکون غضروفی             | Achondroplasia, 19                     |

# اشاریہ

## جراحی اطلاقی تشریح

### جلد اول و دوم

اسگری اصطلاحات کے سامنے لکھے ہوئے اعداد اصل انگریزی کتاب کے صفحات کے ہیں جو اس کتاب کے حاشیہ پر درج ہیں —

|                         |  |
|-------------------------|--|
| خراج دو تاجی            | Abces en bissac, 639                   |
| قیمیں کے بن کی طرح کا   | — en bouton de chemise, 639            |
| شکم                     | Abdomen, 378                           |
| کا خراج                 | — abscess of, 387, 414                 |
| کے عروق خون             | — blood-vessels of, 381, 388, 492      |
| پر کی چوٹیں             | — blows on, 383                        |
| کی خلقی بد شکلیاں       | — congenital deformities of, 395       |
| کی اتصالی نائت          | — connective tissue of, 387            |
| کی ردا                  | — fascia of, 382, 413                  |
| کا قطعی خطہ             | — lumbar region of, 416                |
| کے عروق لمف             | — lymphatics of, 389                   |
| کے عضلات                | — nerves of, 389                       |
| کے اعصاب                | — nerves of, 389                       |
| کے حشوی اتصالات         | — visceral associations of, 393        |
| کے جدور۔ مقدم           | — parietes of, anterior, 378, 381      |
| موخر                    | — posterior, 380, 413                  |
| میں درد ہید             | — referred pains in, 393               |
| کی جلد                  | — skin of, 381                         |
| کی سطحی تشریح           | — surface anatomy of, 378              |
| کے اندر کا تناؤ یا دباؤ | — tension or pressure within, 404      |
| کے احشاء                | — viscera of, 426, 465                 |
| کی عصبی رسد             | — nerve supply of, 489                 |
| کا سہارا                | — support of, 384, 426                 |
| کی سطحی نشانہ ہی        | — surface markings of, 423             |
| شکمی اور طہ             | Abdominal aorta, 381                   |
| ابصالی بافت اور خراجات  | — connective tissue and abscesses, 387 |
| حلیے                    | — rings, 397, 400                      |

